

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

GEORGES IMBERT

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Médaille d'honneur des Epidémies

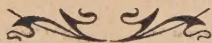
Médaille de l'Assistance publique

LES

PSYCHOSES

D'ORIGINE DIGESTIVE

Président : M. ALBERT ROBIN, Professeur



PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

—
1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. D. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER
Anatomie pathologique.....	LEJARS
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	N.
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.....	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.....	GILBERT BALLE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.....	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchement.....	PINARD
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LCEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE TRÈS CHER MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GRAND OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Que notre grand maître, qui nous a suggéré l'idée de cette thèse et qui a bien voulu en accepter la présidence, daigne recevoir ici un faible témoignage de notre vive reconnaissance. C'est lui qui dans ses leçons du jeudi et au lit des malades dans son service de Beaujon, nous a montré le rôle important que jouent les troubles digestifs dans la pathologie nerveuse et mentale. Nous garderons toujours le souvenir de la bienveillance qu'il n'a cessé d'avoir pour nous, pendant le temps, hélas, trop court que nous avons passé dans son service.

A NOTRE BON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FERNAND BEZANÇON

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

1907 LE DOCTEUR LOUIS BEURNIER

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

1907 LE DOCTEUR CH. DUJARIER

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS

1908 LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. RATHÉRY

MÉDECIN DES HOPITAUX (CHEF DE CLIN. MÉD. DE BEAUJON)

1908 LE DOCTEUR A. POULARD

OPHTALMOLOGISTE DE L'HOPITAL BEAUJON

1909, 1910 LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE DE BEAUJON

Et LES DOCTEURS AM. COYON, MÉDECIN DES HOPITAUX

MARCEL CLARET, CHEF DE CLINIQUE

1910 LE DOCTEUR J. BABINSKI

NEUROLOGISTE DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ

1911 LE DOCTEUR E.-C. AVIRAGNET

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

1911 LE PROFESSEUR DEBOVE
PROFESSEUR DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE BEAUJON

ET LES DOCTEURS J. CASTAIGNE, PROFESSEUR AGRÉGÉ
MÉDECIN DES HOPITAUX

ET F. TRÉMOLIERES, CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ
DE PARIS

1911 LE DOCTEUR AL. BOISSARD
ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

1912, 1913 LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. BEZANÇON
MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

1913 LE DOCTEUR PAGNIEZ
MÉDECIN DES HOPITAUX (COCHIN)

1913 LE DOCTEUR J. DARIER
MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMARETS
CHIRURGIEN DES HOPITAUX (PROSECTEUR A CLAMART)

INTRODUCTION

*« Ut in arboribus terra, sic in animalibus
alvus succum animali supeditat ».*

(HIPPOCRATE, De Humoribus, cap. 4.)

Le tube digestif est une source inépuisable de maux variés : dyspnée gastrique se transformant en un cauchemar terrible par suite des conceptions délirantes du rêve, altérations de l'intelligence et du caractère, paresse de l'esprit ou au contraire excitation cérébrale, folie, etc..., apparaissent au cours de la dyspepsie gastro-intestinale, à côté de troubles somatiques également pénibles et divers ; mais souvent l'origine digestive et en particulier l'origine gastrique de beaucoup de syndromes psychiques serait méconnue si on n'était pas prévenu et si on ne la cherchait pas pour ainsi dire de parti pris.

On sait, en effet, que des gastropathies, même à lésion graves (ulcère, cancer) sont quelquefois admirablement supportées et peuvent rester méconnues pendant tout le cours de la vie au point que Hayem a pu dire : « Se

plaindre de l'estomac est déjà un signe d'infériorité de la race. Les sains, les robustes n'ont pas à compter avec ce viscère, le plus complaisant peut-être de l'organisme. »

D'autre part les recherches anatomo-pathologiques de cet auteur ont démontré que l'estomac humain adulte était toujours quelque peu lésé ; aussi, si minime qu'en puisse être l'altération, elle indique toujours l'existence d'une irritation plus ou moins ancienne, parfois éteinte, mais laissant à sa suite un affaiblissement fonctionnel de l'organe.

Pour Hayem et Lion, une affection stomacale ancienne, méconnue ou négligée, détermine un affaiblissement progressif de l'organisme et crée ainsi les conditions favorables au développement des manifestations nerveuses et psychiques.

Déjà au siècle dernier, Beau systématisa sous le nom de *série névropathique* les rapports des vices digestifs avec les désordres nerveux qu'ils engendrent.

Ces rapports peuvent logiquement s'expliquer, soit par simple coïncidence, soit par une cause commune, soit par le retentissement d'une des perturbations sur l'autre. (Laignel-Lavastine). Nous éliminons les simples coexistences de troubles digestifs et psychiques, les syndrômes psycho-digestifs d'origine commune et les syndrômes digestifs d'origine psychique, pour n'étudier que les *troubles psychiques d'origine digestive*.

Tout le monde semble d'accord aujourd'hui, surtout après les travaux concluants de Jolly, Krafft-Ebing, Schüller, Leven, Régis, Pron, Albert Robin, Laignel-La-

vastine, à admettre l'existence de troubles psychiques élémentaires et de certains syndrômes psychiques dus à une perturbation des fonctions digestives. Il en est tout autrement de la question du délire chronique, de la folie vraie.

Huldof pensait autrefois que le catarrhe duodéal chronique peut devenir la condition d'affections mentales sérieuses chez les prédisposés. Régis déclarait que les dyspepsies peuvent développer une *propension au suicide* et surtout à la *dipsomanie*. Friedreich, Griesinger, Jacobi, Nasse, Schroeder van der Kolk, Vering admettaient l'*aliénation mentale* d'origine gastrique. Pinel et Romberg disaient que le siège primitif de l'aliénation mentale est dans l'estomac et les intestins et que de là naît une irradiation qui se propage au cerveau. Prost rattachait la cause de la folie à la muqueuse gastro-intestinale. Beau accordait un rôle important à l'estomac dans la production de la folie.

Il est avéré, dit Tostain, que la gastralgie entraîne souvent les symptômes hypochondriaques les plus prononcés ; or, de l'hypocondrie ou nosomanie à une véritable aliénation mentale, il n'y a qu'un pas, et il n'est pas étonnant que l'affection gastrique qui produit la première puisse déterminer la seconde chez des personnes d'un esprit faible et disposées à perdre la raison.

En effet, les états confusionnels ou les délires toxiques ou par auto-intoxication qui ne tendent point à l'amélioration, évoluent vers l'état chronique. Cet état chronique se prolonge plus ou moins longtemps, parfois durant une grande partie de l'existence du malade. Mais

la démence « vésanique » des anciens auteurs, c'est-à-dire la diminution progressive de l'intelligence, vient souvent peu à peu se greffer sur cet état.

Pour Toulouse et Damay ce serait d'ailleurs « nullement une démence mais seulement une confusion chronique prédéméntielle. »

Pour Alt la dyspepsie est l'origine d'une névrose gastrique qui dégénère en psychopathie. Mais il faut un terrain préparé par l'hérédité ou par des influences nocives ayant miné l'individu. Mécanisme : irritation des branches nerveuses terminales de l'estomac. Transmission aux origines bulbaires du X. Angoisse et sensation anormale au sensorium, équilibre instable du centre, sous une influence physique ou morale, hallucinations sensorielles ; le moi, en présence de l'angoisse et des hallucinations sensorielles, échafaude un délire hypocondriaque »... Ces malades, disent Hayem et Lion, sont plus ou moins névropathes, ce n'est pas douteux. Mais ils ont, le plus souvent, un état organopathique gastrique accentué qui, méconnu et inconsiderément traité, a ouvert la porte à l'état nerveux. »

Pron dit que pour produire la folie, il faut que la dyspepsie trouve une organisation nerveuse fortement déséquilibrée ; mais, « ne voit-on pas certains chagrins peu importants faire sombrer la raison de certaines personnes et niera-t-on, d'autre part, la folie d'origine génitale ? Certes, l'ébranlement nerveux qui part de l'estomac est moins grand que celui produit par le spasme vénérien, mais il est beaucoup plus fréquent, souvent même continu ; quoi de surprenant à ce que ce choc nerveux agis-

sant pendant vingt ou trente ans amène un trouble permanent de la raison ? » Prunier admet l'apparition du syndrome confusion mentale dans les auto-intoxications par retention des poisons d'origine intestinale.

Hayem et Lion admettent bien qu'on voit des troubles mentaux plus ou moins accentués d'origine digestive, mais ces troubles sont, disent-ils, insuffisamment systématisés pour constituer une *vésanie dénommable*.

A leur avis il y a des malades gastriques qui souffrent d'états psychiques anormaux, se rapprochant des psychoses vraies ; ils désignent ces états sous le nom de *parapsychoses*, mais ajoutent-ils, « quelques-uns d'entre eux sont dans une sorte de période prodromique d'une vésanie qui, au bout d'un certain temps, devient évidente. » Ils distinguent des parapsychoses primitives et secondaires, c'est-à-dire consécutives à une gastro-névrose d'origine organique et admettent que chez les prédisposés la maladie éclate généralement après l'intervention de causes qui affectent la sphère mentale : chagrins, préoccupations d'affaires, chocs nerveux déterminés par un grand accident ou par un cataclysme, etc.

En somme, ils admettent la perturbation de l'équilibre mental et la folie secondaire à une gastropathie (p. 628) avec la réserve que les troubles nerveux et psychiques d'origine digestive « se groupent de façons diverses, font partie, le plus souvent, d'un ensemble symptomatique qui tantôt reproduit plus ou moins fidèlement les traits d'une *psychose* ou d'une névrose, tantôt ne répond à aucun type nettement défini. »

Pour Anglade (in Gilbert Ballet) les affections gastro-

intestinales peuvent provoquer beaucoup de désordres mentaux beaucoup plus graves.. « Il suffira pour s'en convaincre de parcourir les publications récentes de Régis et Chevalier-Lavaure, de Hamilton, de Sölder, de Séglas. »

Il résulte, dit-il, de ces travaux que les affections gastro-intestinales jouent le rôle de cause occasionnelle à l'égard des vésanies héréditaires et aussi qu'elles peuvent *créer*, de toutes pièces, certains états de confusion mentale.

Anglade a relaté une observation dans laquelle une gastropathie avait été la cause immédiate d'un accès de mélancolie délirante chez un prédisposé ; on trouve des faits analogues dans Alt.

Quant à la confusion mentale, ajoute-t-il, les observations de Séglas et de Régis prouvent surabondamment qu'elle peut succéder à des troubles gastriques et en dépendre ; elle est même la psychose par excellence des intoxications gastro-intestinales, comme d'ailleurs de toutes les intoxications ou infections.

La plupart des auteurs modernes paraissent moins affirmatifs quant à la question de l'existence d'une folie vraie d'origine digestive et M. le Professeur Albert Robin ne pensait pas, il y a quelques années qu'on soit en droit d'admettre une *folie dyspeptique*. (Maladies de l'estomac, 1904, p. 850). « Rien ne démontre qu'il y ait des psychoses hallucinatoires d'origine digestive, mais il semble que dans certains cas, la lésion digestive peut orienter le délire et déterminer une *forme hypocondriaque* de cette psychose hallucinatoire chronique ; de même que parmi

les obsédés dits constitutionnels, des troubles digestifs plus ou moins gênants et douloureux, peuvent parfois occasionner une cristallisation obsédante. D'autre part, certaines affections digestives par la dénutrition, l'insomnie, l'intoxication, la fatigue nerveuse qu'elles entraînent, déterminent un état de dépression neuropsychique tel que la synthèse mentale a tendance à se dissocier sous la moindre influence et se fragmente en obsessions plus ou moins marquées et tenaces selon le caractère antérieur des individus... On tend à voir actuellement dans la manie une simple phase de la psychose périodique. Quand un état maniaque coïncide avec un trouble digestif, il semble donc qu'il s'agisse, quand le trouble digestif a précédé le trouble psychique, soit d'une simple coïncidence, soit d'une confusion mentale avec agitation digestive précédant le trouble psychique, et quand c'est l'inverse, il semble qu'il s'agisse d'un état digestif secondaire à l'agitation qui gêne l'alimentation, la digestion, l'assimilation et la nutrition et qui, à son tour, retentit sur la psychose originelle, en la compliquant d'un élément confusionnel d'origine toxique digestive. » (Albert Robin et Laignel-Lavastine).

HISTORIQUE

Tous les observateurs ont été frappés par la fréquente coïncidence des états névropathiques avec des troubles de la digestion. Dès les premiers âges, Homère, Aristophane, Démocrite, admettaient l'influence de l'estomac sur le cerveau.

HIPPOCRATE (460-380 av. J.-C.), a parfaitement indiqué les rapports de la manie avec une irritation de l'estomac : « Les vomissements avec agitation, voix basse, les yeux fixes, sont les signes qui annoncent la manie. » Pour lui, les dérangements de l'estomac et de l'intestin créent souvent l'hypocondrie et l'aliénation mentale : « Ceux que l'atrabile tourmente tombent dans les maladies, toutes les fois que le sang est surmonté par la bile et par la pituite ; ils perdent alors connaissance, ils deviennent maniaques. »

Il purgeait les mélancoliques et leur conseillait les voyages : *Navigare Anticyras*.

ARÉTÉE DE CAPPADOCE (du 1^{er} siècle ou du commence-

ment du 11^e), adopte entièrement la doctrine des sympathies morbides. /

Pour lui, l'estomac, ou plus exactement le cardia, « placé comme exprès dans le voisinage du cœur, donne le ton, le courage ou l'abattement, par l'influence qu'il exerce sur l'âme et c'est là sa principale faculté. »

Il voyait la mélancolie engendrée par la « bile noire remontée au cardia.

« La mélancolie ne trouble pas tout à coup les facultés intellectuelles ; les malades sont tristes, consternés ; leurs digestions deviennent pénibles ; ils ont des flatuosités, des éructations fétides exhalant une odeur de poisson. Parfois de sombres accès de fureur succèdent à leurs chagrins. Les angoisses de leur esprit sont fixées et inhérentes sur une même pensée... A une époque plus avancée, ils se plaignent de mille futilités et désirent la mort. L'habitude de leur corps perd toute sa dignité humaine ; leur peau se couvre insensiblement d'une couleur sale, mélangée d'une teinte de noir et de vert... Ils ont des éructations d'une mauvaise odeur. Les battements artériels sont petits, misérables, fréquents. » (C'est la tachycardie des dyspeptiques).

Il prescrit l'aloès : « *Benefacit et aloë, namque ipsa ad inferius intestinum bilem deducit.* »

SORANUS, dont les doctrines se trouvent dans son traducteur CÆLIUS AURELIANUS (190 ap. J.-C., ou v^e siècle, suivant RHEINESIUS) vivait à la même époque qu'Arétée et nous a laissé un tableau exact de la mélancolie. DIOCLÈS qui vivait avant Galien, a placé dans l'estomac le siège de l'hypocondrie. CELSE (an 40 de notre ère), nous

parle d'une folie caractérisée par la tristesse et qu'il conseille de traiter par la diète, un régime léger et la purgation avec l'ellébore noir. Quelquefois il faisait aussi vomir ses malades et les faisait frictionner deux fois par jour.

GALIEN (131-210), décrit les symptômes de l'hypocondrie et cite plusieurs exemples d'individus atteints de maladie de l'estomac et dont les fonctions cérébrales étaient fortement atteintes. Il n'hésite pas à placer dans le bas-ventre et l'estomac le lieu d'origine de la mélancolie. « *Ventris torpor omnium confusio. Oritus alius a ventriculo morbus, qui ab aliis melancholicus, ab aliis flatuosus nominatur.* »

Pour lui, les affections dites hypocondriaques et flatulentes se distinguent par des abattements mélancoliques et il prescrit le régime succulent si l'humeur n'a pas séjourné longtemps dans l'estomac et est facile à évacuer : sinon, si les effets sur le cerveau se sont fait longuement sentir, si le mal a empiré, il a recours aux évacuants et purge violemment ses malades.

Ayant à soigner un jour un jeune grammairien que le travail d'esprit disposait aux crises convulsives, il lui conseilla d'employer tous les moyens qui pourraient lui procurer une bonne digestion^e; à un enfant épileptique il interdit avec succès les aliments flatulents et ceux qui portent le sang à la tête.

VALLÉSIUS, dans ses commentaires de Galien, s'exprime ainsi : « En soignant ses hypocondres et son ventre, on n'aura point mal à la tête. »

ORIBASE DE PERGAME (IV^e siècle), compilateur et com-

mentateur de Galien, suit sa doctrine et son traitement dans la mélancolie.

AÉTIUS D'AMIDE en Mésopotamie (fin du v^e siècle et commencement du vi^e), traduit et commente les ouvrages de RUFFUS D'EPHÈSE, comme Oribase. Ses idées sur la mélancolie sont les mêmes que celles d'Hippocrate et de Galien. Il insiste sur les éruptions qui indiquent que les sucres de l'économie sont viciés. ALEXANDRE DE TRALLES (Lydie) (vi^e siècle), continuant les doctrines de Galien, décrit plusieurs formes de mélancolie.

Pour lui, la migraine était une réponse du cerveau aux souffrances de l'estomac.

Il préfère à l'ellébore blanc d'Hippocrate la pierre arménienne, qui, dit-il, purge efficacement et sans danger : il n'est pas partisan des médecines violentes. Ajoutons que l'ellébore blanc fut remis en honneur, vers l'an 500, par ASCLEPIODOTUS, mais pour retomber dans l'abandon.

PAUL D'EGINE (vii^e siècle), et RHAZÈS (mort en 723), médecin arabe (vii^e et viii^e siècles) n'ont fait que commenter les idées anciennes de Ruffus, d'Hippocrate et de Galien sur la mélancolie. Ils attribuent la mélancolie à un suc épais semblable à l'atrabile, et qui est contenu dans le ventricule enflammé.

ACTUARIUS, médecin grec du xii^e siècle, accorde un rôle capital aux esprits animaux, à propos de la digestion et des phénomènes de l'âme.

Dans les siècles suivants, il se fait un grand silence. Les Arabes furent de serviles copistes de Galien et d'Aristote. On traverse plusieurs siècles sans rencontrer rien

de bien saillant sauf les Salernitains qui lisent les traités d'Hippocrate, de Galien, d'Aétius, d'Oribase, etc., pour arriver au xv^e siècle (Renaissance) et xvi^e siècle, et assister à la résurrection des sciences en général et de la médecine en particulier. Mais l'influence des sciences occultes va bientôt se faire sentir. Les meilleurs esprits (PARACELSE, DE ZURICH, préparateur de l'iatrochimisme (1493-1541), WIER (1560), VAN-HELMONT) se livrent à l'étude de l'alchimie et veulent expliquer au moyen de cette science obscure les phénomènes pathologiques.

FERNEL (Jean) de Clermont en Beauvois (xvi^e siècle) insiste sur les signes des altérations humorales, des pléthores sanguines, biliaires, pituiteuses, etc., dans son ouvrage qui est classique du siècle, il admet que l'affection hypochondriaque est le résultat d'une maladie du foie ou de l'estomac : « *Vapor ater et obscurus obrepat in mentem... laesa ventriculi concoctione.* » BAILLOU (1538-1616) revient aux préceptes d'Hippocrate.

Pour VAN-HELMONT (1577-1664), l'Archée, puissance souveraine et immatérielle, siège dans l'estomac : « *Spectatur nempe major autoritas stomachi in caput, quam cupitis in stomacho... Unam in homine esse animam in stomacho tanquam lecto suo.* » « Les assoupissements, les délires, les veilles et toutes ces sortes de symptômes qu'on a coutume d'attribuer au cerveau, ne sont pas guéris ni soulagés par les céphaliques, ni par les applications qu'on fait à la tête, mais plutôt par des remèdes stomachiques. »

Pour P. ZACCHIAS (1584-1659), la fréquence des fonctions de l'estomac et la nécessité dont il est pour tout le

corps qu'elles se fassent bien, sont causes que ce viscère est le premier qui indique son état morbifique par les vents, les mauvaises digestions et pour lui les affections hypocondriaques ont principalement leur siège dans l'estomac.

ZACUTUS LUSITANUS (1575-1642), croit que l'hypocondrie est due à la froideur de l'estomac.

SILVIUS DELEBOÉ (1614-1672) admet que les vents et les humeurs viciées qu'on rencontre chez les hypocondriaques agissent comme des poisons sur le système nerveux et qu'ainsi les fonctions psychiques sont troublées : il insistait beaucoup sur la fréquence des troubles digestifs et trouvait dans une altération consécutive du chyle et du sang la raison des troubles psychiques.

DANIEL SENNERT (1620) attribue au foie et à l'estomac une grande part dans l'origine des affections mélancoliques. « Dans ce cas, il existe dans le ventricule un sang épais, semblable à l'atrabile, renfermé dans la poche enflammée, duquel il s'élève au cerveau des vapeurs qui en altèrent les fonctions : « *Melancholia hypocondriaca appellatur, quod ex hypocondriis ortum habeat.* »

STAHL faisait de l'hypocondrie la conséquence d'un trouble survenu dans la circulation porte.

G. MARCUCCIUS (1645) incriminait l'estomac et le foie quand ils sont obstrués.

N. HYGMORE (1670); semble avoir entrevu la dilatation de l'estomac, il parle du relâchement des fibres de cet organe ; « il y a, chez les mélancoliques, un phlegme

visqueux et pesant dans l'estomac, lequel phlegme devient aigre et acide et engendre un sang trop subtil. »

F. HOFFMANN (1660-1742) dit que l'hypochondrie dépend des mouvements péristaltiques de l'estomac et de l'intestin qui sont ralentis.

SCHATCHT (XVII^e et XVIII^e siècles) reconnaît une mélancolie nerveuse et une mélancolie atrabilaire.

BÆRHAAVE (1668-1730) attribue la mélancolie à une matière grasse et poisseuse qui engorge les vaisseaux de l'hypochondre et MANGET à une humeur atrabilaire qui se trouve dans le pancréas et la rate.

LANGÉ donne une large place aux ferments dans la production de la mélancolie, mais comme Sydenham et beaucoup d'autres auteurs de son époque il semble confondre la mélancolie et l'hypochondrie avec l'hystérie.

Le régime alimentaire ordonné il y a cent quarante ans par TISSOT (1770) aux épileptiques ne diffère pas, en effet, très sensiblement de celui des dyspeptiques par fermentation. Il insiste surtout, avec VAN HEERS et TRALLÉS, sur la nécessité de supprimer totalement le vin et les boissons alcooliques. Il recommande le régime lacté que Cheyne avait déjà préconisé avant lui.

CHEYNE (1733) incrimine l'estomac, les intestins, puis fait dépendre la mélancolie des obstructions viscérales, surtout du foie.

CULLEN (1712-1790), constate que toutes les personnes atteintes d'hypocondrie sont en même temps affectées d'une maladie de l'estomac et il conseille une diète sévère dans les cas où l'affection approche de la manie.

VIEUSSENS (1641-1720), BORDEU (1722-1776), constatent

des relations intimes entre les manifestations gastriques dont se plaignent les hypochondriaques et les manifestations psychiques de cette affection.

Pour WHYTT (1777) lorsque l'estomac et l'intestin contiennent des vents ou quelque humeur nuisible « il arrive quelquefois que le cerveau est tellement affecté que l'on perd la raison. »

Pour CABANIS (1802), « certaines dispositions organiques de l'estomac, quand elles sont portées à leur dernier terme, tantôt se transforment en démence et en fureur... tantôt accablent et stupéfient le système nerveux par l'intensité, la persistance et l'importunité de leurs impressions ; d'où s'ensuivent et la résolution des forces et l'imbécillité. »

GUISLAIN (1797-1860), le savant aliéniste belge, s'étonnait du doute qu'on pouvait émettre sur l'influence de l'estomac. « Qui n'admet, disait-il, les rapports entre l'estomac et les actes cérébraux, l'influence de cet organe exalté dans sa sensibilité par le jeûne, par l'inflammation, par une affection morbide quelconque ? Il y a des personnes, ajoute cet auteur, qui se plaignent à certaines heures de la journée, après le dîner, par exemple, de ce qu'elles ont de singulières idées ; elles ont des pensées qu'elles ne voudraient pas avoir ; elles voient tout avec indifférence, elles se chagrinent. »

Il suffit de quelques heures pour que cet état d'hypochondrie disparaisse. Il a observé une femme qui, chaque fois qu'elle était constipée, avait des hallucinations auditives et visuelles

Pour LEBLANC l'hypochondrie consiste dans un spasme

de l'estomac et de l'intestin ; le trouble des idées n'est qu'un symptôme de la maladie.

ESQUIROL (1772-1840), pensait que certaines mélancolies étaient dues à un déplacement du côlon transverse.

SPURZHEIM, HUFELAND, trouvent une folie abdominale.

BAYLE, élève d'Esquirol, citait les désordres cérébraux secondaires à l'entérite et à la gastro-entérite. BERGMANN a voulu prouver que la mélancolie et la manie dépendaient souvent d'un rétrécissement du côlon.

HOLTHOF pense que le catarrhe duodénal chronique peut devenir la condition d'affections mentales sérieuses chez les individus prédisposés ; non seulement cet état mental prend la forme de l'hypocondrie, mais il peut arriver à la mélancolie avec idées de persécution, d'indignité, exagération malade de la conscience.

CHOMEL disait : « Quand je vois un malade en proie au délire, je suis entraîné à en rechercher la cause dans les organes éloignés, avant de la demander au cerveau » tant il était convaincu de la fréquence de ce délire que FOVILLE appelait réflexe au sympathique, c'est-à-dire consécutif à une excitation périphérique transmise au cerveau, et il accorde un rôle important à l'estomac et secondairement à l'anémie dans la production de l'hypocondrie et de la folie.

Pour BEAU, qui dans sa magnifique conception des troubles réactionnels des dyspepsies synthétisait en un corps de doctrines les idées de ses devanciers, il n'y avait pas d'hystéro-hypocondrie véritablement idiopathique : « Celle qui paraît être le moins symptomatique dépend toujours d'une gastropathie. »

Selon F.-J. GALL (1758-1828), les folies curables sont

d'origine digestive et les incurables d'origine cérébrale.

Le célèbre Philippe PINEL (1755-1826), place le siège primitif de l'aliénation mentale dans la région de l'estomac et des intestins. Il suppose que c'est de ce centre que se propage comme par une espèce d'irradiation, le trouble de l'entendement ; de même le foie provoque l'hypochondrie par action reflexe.

Dans l'école somatique allemande, FRÉDÉRIC NASSE, JACOBI, adoptent l'opinion de LOBSTEIN qui consiste à placer le siège de la manie et de la mélancolie dans le ventre.

De même WILHELM GRIESINGER (1817-1868), NICOLAUS FRIEDREICH (1825-1882), SCHRÖDER VAN DER KOLK, VERING, ROSENHEIM et EWALD, MAYER et PRIBRAM reconnaissent l'aliénation d'origine digestive.

DUFOUR rattache la cause de la folie au plexus nerveux du ventre.

PROST à la muqueuse gastro-intestinale ; pour lui, les prodromes consistent souvent en troubles divers se produisant du côté des voies digestives.

Pour BROUSSAIS (1772-1838), les causes morales ne produisent la folie qu'après avoir développé et entretenu pendant quelque temps des inflammations gastriques, « comme si l'encéphale avait besoin, chez certains sujets, de la réaction des viscères pour arriver à un haut degré d'irritation. » Pour lui l'hypochondrie était la conséquence d'une gastro-entérite réagissant sur un cerveau prédisposé.

TOSTAIN (1870), dans sa thèse, admet que la cause première de l'hypochondrie réside souvent dans l'estomac

affecté, soit dans sa sensibilité, soit dans ses propriétés vitales, ce qu'il essaye d'expliquer au moyen de la *gastralgie hypochondriaque*.

En 1880, BEARD, de New-York, décrit la neurasthénie et lui reconnaît pour cause l'épuisement cérébral, spinal, sexuel et *gastrique*.

En 1881 LEVEN décrit sa maladie cérébro-gastrique dans laquelle la sensibilité, les facultés de l'esprit, les instincts, les organes des sens, la motilité, le sens musculaire sont fonctionnellement troublés. Il décrit son régime alimentaire dans la neurasthénie. A la même époque BOUCHARD étudie les manifestations psychiques (hallucinations, etc.) dues à la dilatation d'estomac.

CH. HESSE, J. STEINER, DE BACKER, HENOCHE, SYDNEY RINGER, BOUCHUT, CH. WEST, J. COMBY, MOIZARD étudient les terreurs nocturnes des enfants. Ils émettent l'opinion que l'origine de ces terreurs réside habituellement dans les troubles de la digestion, particulièrement des enfants dyspeptiques.

BETTENCOURT RODRIGUES (de Lisbonne) explique les troubles de la raison par l'auto-intoxication d'origine digestive.

RÉGIS, ALT, DEBOVE et RÉMOND, admettent l'existence d'une folie gastro-intestinale et Lambert va même jusqu'à dire, en parlant du délire des persécutions : « Il est souvent préparé par une neurasthénie reposant sur une affection gastro-intestinale, accompagnée de tristesse hypochondriaque. »

CLIFFORD ALLBUTT, WILLIAM DALE (1873), NEFTTEL (1889), MERCIER, reprenant les idées déjà anciennes de

Tissot et d'Alexandre de Tralles pour qui la migraine était une réponse du cerveau aux souffrances de l'estomac, décrivent la céphalée et les accès de migraine d'origine digestive.

BRUGELMANN (1883) décrit une hémicrania gastrica, caractérisée par une période prodromique où les troubles dyspeptiques sont exagérés, un accès éclatant à l'occasion d'un écart de régime, enfin une période post-migraineuse dans laquelle le malade éprouve une sensible amélioration dans sa digestion gastrique.

H. HEAD (1893), KNUD FABER (1899) ont montré que les gastropathies déterminaient quelquefois par voie réflexe des hyperesthésies cutanées dont la topographie, par sa constance, ne serait pas, pour ces auteurs, sans valeur diagnostique. HÖNEL (1901) et GUILLAIN (1901), ont fait des observations analogues.

QUAIN, GREENHOW, DOUSE, HUCHARD et DENIAU, ROSENTHAL, DÉJERINE, HUTINEL, GILBERT-BALLET, étudient l'anorexie mentale que Déjerine range parmi les psychoses.

VILLEMAIN (de Vichy) signale à la suite des grandes débâcles diarrhéiques, des lipothymies et même des syncope et il attribue ces phénomènes à l'anémie cérébrale consécutive à l'afflux sanguin qui se produit vers l'abdomen après une déplétion intestinale brusque.

SALLARD, LÉPER, observent des cas de syncope chez les constipés chroniques.

MIRALLIÉ (1907) rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles sont décrits au cours de l'entérocolite les phénomènes suivants : agitations et terreurs

nocturnes, modifications du caractère, retard de développement du système nerveux, migraines, convulsions et épilepsie, chorée, méningisme. Ces accidents s'atténuent ou disparaissent à la suite d'un traitement dirigé contre la colite, et sont attribués par M. Mirallié à des phénomènes réflexes qui se produisent avec une extrême facilité chez des enfants prédisposés.

MILLON et MARRE (1911) étudient les pertes de connaissance dans les réactions d'origine colique et Siredey les tendances lipothymiques dans certaines formes de l'appendicite chronique.

M. le Professeur agrégé LÉPER (1911) rapporte de nouvelles observations du vertige intestinal et crée une théorie pathogénique nouvelle tout en réservant aux certains cas l'ancienne théorie réflexe.

M. le Professeur ALBERT ROBIN observe maintes fois l'influence des troubles stomacaux sur les convulsions des enfants, sur certains tics, sur quelques cas de spasmes fonctionnels, sur les mouvements choréiformes survenant chez des névropathes à l'occasion d'un accès de dyspepsie hypersthénique ou de fermentations gastriques. Dans ces cas la réalité de l'influence stomacale est toujours confirmée par le succès du traitement gastrique.

CAUTRU, cité par le Professeur Albert Robin, a vu deux petites filles choréiques chez lesquelles les accidents constituaient une sorte de réflexe dont le point de départ était une entérite muco-membraneuse, qu'un régime et une saison à Châtel-Guyon ont guéris.

A. MATHIEU a rapporté un cas où les troubles digestifs avaient provoqué des crises d'épilepsie jacksonienne,

avec ou sans perte de connaissance, chez une malade atteinte d'athétose post-hémiplégique, due sans doute à une lésion organique des centres moteurs des membres.

M. DE FLEURY, dans une communication à la Société de thérapeutique s'exprimait ainsi au sujet des épileptiques : « Chez ces malades, on peut faire prévoir quelques jours à l'avance la venue de l'attaque ; la tension artérielle s'abaisse ; l'estomac gargouille ; l'haleine devient forte : après quoi, la tension artérielle se relève rapidement. » Il admet avec GILBERT BALLET, MARINESCO, SÉRIEUX, BLOCQ, BONNET, GRIFFITHS, FERRANINI, ASTER et SMITH, que l'épilepsie à forme gastro-intestinale dépend d'une *auto-intoxication d'origine alimentaire*, mais il admet aussi que la théorie reflexe peut avoir sa part de vérité.

BERGMANN, GEORGET, BURROW, le Professeur WIEDEMANN admettent les troubles de la digestion comme source de l'hypochondrie et nous relatent les cas d'altération du foie qu'ils ont trouvées à l'autopsie des mélancoliques.

GILBERT et LEREBoullet décrivent la neurasthénie biliaire, dans laquelle ils ont tracé la psychologie des cholémiques faite d'humeur triste, d'indécision, d'aboulie.

KLIPPEL crée le terme de folie hépatique, comme Dieulafoy a construit celui de folie brightique, et il semble même refuser tout caractère spécifique au délire alcoolique. Il est rationnel, d'après lui, d'admettre qu'en dehors de tout alcoolisme, le délire, dans le cas d'auto-intoxication hépatique, puisse revêtir la forme clinique qu'il a chez l'alcoolique, et les délires des névropathes, si

souvent déterminés par auto-intoxication, ne seraient pas sensiblement différents de ce qu'on observe dans l'alcoolisme. Cette opinion n'est généralement pas admise et pour la grosse majorité des auteurs la confusion mentale du constipé, de l'inanitié, de l'hépatique, de l'auto-intoxiqué, en un mot, n'est pas celle de l'alcoolisme. « Ce délire calme, moins inventif, se ressent, disait Lasègue, de l'engourdissement ou plutôt de l'indifférence intellectuelle du malade. »

En outre certains auteurs, CULLERRE entre autres, n'admettent pas du tout la folie hépatique de Klippel.

M. le Professeur agrégé LAIGNEL-LAVASTINE fait des épreuves de glycosurie alimentaire et la trouve souvent positive.

Pour lui la glycosurie alimentaire, quand elle est positive au cours des délires, s'ajoute aux signes tirés de l'analyse sémiologique psychiatrique pour faire le diagnostic de délire toxique. La glycosurie et le délire suivent dans ces conditions une marche superposable, et il est possible, dans certains cas, d'établir une véritable courbe de la glycosurie parallèle à celle de l'évolution du délire.

Pour GUICHARD (de Lyon) la disparition parallèle de la glycosurie alimentaire et du délire, quelle qu'ait été la durée de leur évolution, est en général d'un pronostic favorable.

Si au contraire le délire n'a pas complètement cessé, ou si l'état mental présente encore des réactions d'ordre pathologique, lorsque la glycosurie a disparu depuis un

certain temps (deux mois environ), le pronostic mental doit être très réservé.

HUTCHINSON, BRIDGER, PIERRET, FEYAT, ALESSI, FÜRST et STÖLCHER étudient la confusion mentale aiguë par rétention fécale au sujet de laquelle Villemin disait : « la constipation provoque de la céphalalgie, des vertiges, de l'insomnie, des congestions de la tête, des bourdonnements d'oreilles ; le caractère devient irritable et triste, la sensibilité générale s'exalte, et l'on voit survenir la mélancolie hypochondriaque. »

CAMPBELL CLARK s'appuyant sur quarante cas minutieusement observés attribue à la constipation un rôle causal dans la folie puerpérale.

HAYEM et LION créent le terme de *parapsychose* ; ces parapsychoses peuvent d'ailleurs pour eux se terminer par la vésanie :

« Parfois, disent-ils, ces états de parapsychose prennent tout à coup une allure subaiguë pouvant se terminer par un suicide ou par l'apparition d'un état vésanique nécessitant un prompt internement. »

Toutes ces questions, de psychoses d'origine digestive, un peu abandonnées ou remises au second plan ont été reprises dans les ouvrages de M. le Professeur ALBERT ROBIN, qui consacre de nombreuses pages aux retentissements nerveux et psychiques de la dyspepsie et rapporte plusieurs observations typiques.

Depuis, les travaux de RÉGIS, de LEVEN, de L. PRON, de ALBERT ROBIN et LAIGNEL-LAVASTINE, AD. SCHMIDT, PLONIES, TAILLENS (de Lausanne), HANS HERZ, PRUNIER (apparition du syndrome confusion mentale dans les auto-

intoxications par retention des poisons d'origine intestinale), etc., ont beaucoup contribué à l'étude de cette question si importante à connaître au point de vue thérapeutique.

PATHOGÉNIE

Depuis la plus haute antiquité, les auteurs ont mis sur le compte de la sécrétion biliaire différentes modifications du caractère ; le tempérament bilieux occupe une large place dans leurs ouvrages ; et, pour eux, les états dépressifs sont étroitement liés à un trouble fonctionnel de la glande hépatique. Pour les anciens, les mélancoliques étaient, avant tout, des gens « qui se font de la bile », ont une tendance marquée à la tristesse, s'exagèrent les difficultés de la vie, et qui, redoutant d'échouer dans leurs entreprises, en arrivent à désirer la mort et parfois même à se la donner. Reprenant ces idées des anciens, le Professeur Pierret disait que chez certaines personnes qui ont des vomissements bilieux, la bile sécrétée en excès peut passer dans l'estomac, s'altérer dans cette poche et donner naissance ainsi à des produits toxiques. Il aurait souvent observé des phénomènes nerveux et psychiques consécutifs aux troubles hépatiques, basait là-dessus sa thérapeutique et croyait à l'existence des types atrabilaires, des formes de mélancolie causées

par la résorption du liquide biliaire et par l'altération des humeurs. On sait, en effet, actuellement, que les troubles hépatiques ont une action évidente sur le cerveau, qu'il s'agisse de bile résorbée ou qu'il s'agisse d'un état d'atonie du foie dans lequel il ne modifie plus les substances toxiques de déchet. Mais toutes ces relations de cause à effet étaient plus soupçonnées qu'établies jusqu'au jour où MM. GILBERT, LERBOULET et HERSCHER ont appliqué à l'étude du tempérament bilieux les méthodes de laboratoire, et, par des procédés de dosage et des réactifs titrés, ont pu déceler, dans le sérum sanguin de certains malades, la présence de pigments biliaires (cholémie) et en évaluer le taux.

Le tube digestif peut donner naissance à des matériaux toxiques, produits de fermentations pathologiques qui doivent être neutralisés par le foie et Bouchard nous a montré la dilatation souvent associée à des congestions hépatiques répétées. Cependant pour MM. Charrin, Roger et Garnier, Beuckart et Dehon, Falloise, etc., la fonction antitoxique du foie serait lente, peu efficace et le principal rôle dans la neutralisation des toxines digestives reviendrait à la muqueuse intestinale elle-même. Quant à l'estomac, on sait que c'est l'organe antiseptique par excellence, en vertu du pouvoir qu'il possède de sécréter un suc acide, capable d'empêcher les fermentations alimentaires et microbiennes. En effet, il est placé à l'entrée de l'intestin, comme pour épurer les matières alimentaires qui contiennent une flore microbienne trop abondante ou qui sont susceptibles de dégager des gaz toxiques. Son fonctionnement normal est donc un des

modes de protection de l'organisme, mais il en serait tout autrement dans les dyspepsies et surtout dans la dilatation de l'estomac : le suc gastrique est sécrété en quantité insuffisante ; il est moins acide qu'à l'ordinaire, ou bien il y a dilatation avec stase alimentaire due à l'atonie du muscle gastrique. Il se forme alors des produits toxiques en excès : acide lactique, acide acétique, acide butyrique, des acétones, des ptomaines, la pepto-toxine de Brieger, l'acide éthyl-acéto-cyanhydrique de Bovet, etc., qui sont absorbés, passent dans le sang et provoquent du côté du cerveau des troubles qu'on connaît : la céphalée, l'apathie intellectuelle, la tristesse, l'angoisse et même des syndromes psychiques plus ou moins complexes.

L'auto-intoxication d'origine intestinale a été beaucoup étudiée ces temps derniers. Son rôle dans l'éclampsie a été signalé déjà en 1868 par Senator, puis en 1887 par Bouchard. Il y aurait chez les éclamptiques constipation et hypertoxicité du contenu intestinal. Pour Fabre et Guillemard, il existerait dans l'intestin des éclamptiques un poison spécial se rapprochant des lipoïdes, soluble dans l'alcool, hypertenseur et fixé par les pigments des selles. Ce poison est rapidement convulsivant si on l'injecte dans les veines du lapin ; plus lentement, si on l'injecte dans les tissus. Tout récemment, Lœper étudiait l'*hypotensine*, produit de sécrétion des glandes intestinales, dans ses rapports avec les états vertigineux et Prunier, dans une thèse réunissait beaucoup d'observations du syndrome, confusion mentale due à l'auto-intoxication par rétention des poisons d'origine intestinale.

Depuis la célèbre découverte de Proschacka, on étudia

beaucoup l'influence réflexe du tube digestif par l'intermédiaire du sympathique (Lobstein, Griesinger, Billroth, etc.) et l'on créa le terme de folie sympathique ; Trousseau disait que le vertige d'estomac est le résultat d'une action réflexe sur la circulation cérébrale, à point de départ gastrique ; d'autres admettaient qu'une excitation réflexe de l'écorce cérébrale et du bulbe sous l'influence de l'irritation exercée sur une muqueuse gastrique sensible par l'HCl en excès aidé des acides de fermentation, pouvait provoquer des crises d'épilepsie et divers états convulsifs. C'est par le même procédé de l'irritation réflexe qu'agiraient les vers intestinaux et les repas trop copieux qui provoquent la crise avant que la digestion ne leur permette d'agir chimiquement (Albert Robin).

L'helminthiase intestinale joue, en effet, quelquefois un rôle dans la genèse de certaines psychopathies. Esquirol avait déjà relevé le fait. Franck, bien avant lui, attribuait la fréquence de la manie chez les Juifs de Lithuanie à la présence d'ascarides dans l'intestin. Morel raconte l'histoire d'une dame devenue excentrique et bizarre, dont l'état mental s'améliora subitement après l'expulsion d'un taenia. En effet, de tous les plexus nerveux de la vie végétative, le plexus solaire est le plus important, tant en raison du nombre et du volume des filets qui le composent qu'en raison de sa situation et de son rôle. De sorte que Beau disait déjà que si la boîte crânienne renferme le centre nerveux de la vie de relation, la région épigastrique renferme celui de la vie organique. On sait qu'un contact quelconque exercé sur la

paroi abdominale, surtout en certains points, met en branle le plexus solaire qui, à son tour, par une excitation arrivant à l'encéphale, modifie l'état de fonctionnement du cerveau ou du bulbe : Une simple pression sur la région épigastrique détermine, chez certains dyspeptiques, une sensation d'étouffement, souvent une syncope ; le pouvoir réflexe des plexus nerveux sympathiques est si grand, qu'un choc épigastrique peut déterminer la mort.

La théorie réflexe explique aussi les malaises permanents, tels que l'affaiblissement des facultés intellectuelles, perte de mémoire, psychose plus ou moins caractérisée. Ici on fait intervenir l'irritation chronique des cellules cérébrales qui va d'ailleurs bien avec la marche envahissante des phénomènes morbides : un trouble survenu dans l'estomac produit une impression morbide sur le cerveau et par suite dans la conscience ; le même trouble, revenant quelque temps après, trouve déjà le siège de la conscience commencé, parce que l'impression précédente a laissé une trace de son passage ; plus cette impression se répètera, plus l'effet produit sera intense et durable et au bout d'un certain temps, un trouble permanent sera constitué. C'est précisément ce qui arrive dans la dyspepsie : au début, phénomènes cérébraux apparaissant d'une façon intermittente, tous les 15 jours, par exemple, puis, au fur et à mesure que l'irritation cérébrale augmente, tous les 3 jours, tous les jours, avec exaspération au moment des malaises gastriques. A la période ancienne de la maladie, « alors que le système nerveux gastrique ne parvient jamais à récupérer son

état normal, le sujet est plongé dans un état constant d'obnubilation intellectuelle et de mélancolie hypochondriaque : à cette période, la moindre cause est susceptible d'agir puissamment sur les fonctions psychiques ; l'ingestion d'une boisson ou d'une parcelle d'aliment qui n'est pas supportée par l'estomac détermine immédiatement un vertige ou aggrave les troubles mentaux : amnésie, aphasie, etc... Le malade sent très nettement qu'il monte de son estomac vers son cerveau une irradiation néfaste ; cette effluve morbide dure plus ou moins longtemps et laisse une trace plus ou moins durable. » (Pron). En somme toute modification apportée dans l'état fonctionnel du plexus solaire est transmise immédiatement au cerveau ; il en résulte des modifications, soit dans la circulation cérébrale, vaso-dilatation ou constriction avec anémie ou hyperémie, soit et à la longue dans la vie intime et la structure des cellules cérébrales elles-mêmes et Potain disait que la même excitation peut produire des effets différents : « Une excitation partie de la membrane muqueuse de l'estomac peut avoir son retentissement sur le cerveau, le poumon, le cœur, le foie, l'intestin, les muscles et la peau, et, dans chacune de ces parties de l'organisme, elle peut, suivant les circonstances produire des effets différents, voire même opposés, congestions, *ischémie*, *hyperémie*, spasmes, convulsions, paralysies, etc... »

En somme, la théorie de l'auto-intoxication très en faveur est impuissante à expliquer certains syndromes, par exemple ceux qui apparaissent brusquement ; par contre la théorie réflexe semble expliquer à peu près tous

les phénomènes morbides, surtout si l'on admet comme point de départ du réflexe l'irritation de la muqueuse gastro-intestinale, engendrée par les produits résultant des fermentations pathologiques. Cependant il faut se garder, ici comme ailleurs, d'apporter aux problèmes de la pathologie humaine un esprit d'absolutisme, incompatible avec la complexité des phénomènes de la vie ; il suffit, en effet, en matière de biologie, de poser une règle absolue pour être forcément, une fois ou l'autre, à côté de la vérité : « sous l'influence d'un état névropathique héréditaire ou acquis et dont les manifestations ne dépassent pas ce que l'on appelle le nervosisme, dit M. le Professeur Albert Robin, se crée un trouble dyspeptique. Puis, par divers mécanismes parmi lesquels on peut citer : les *actes réflexes*, *l'intoxication* ou mieux *l'irritation par les produits d'une digestion anormale*, *le défaut de synergie fonctionnelle entre les divers organes*, *les vices de l'assimilation et de la nutrition*, *la déminéralisation nerveuse*, etc., ces troubles dyspeptiques retentissent sur le système nerveux auquel ils doivent leur mise en train.

« Ces divers mécanismes, parmi lesquels il serait vain de spécifier un choix, cultivent en quelque sorte le terrain névropathique, développent ses tares latentes et exagèrent ses manifestations jusqu'à leur donner parfois l'expression démenciale. Mais la caractéristique de ces manifestations, c'est qu'elles guérissent ou sont atténuées par le traitement des troubles gastriques, intestinaux ou hépatiques qui les suscitent, et c'est cette action de traite-

ment qui les distingue des psychoses reconnaissant une autre origine. » (Albert Robin).

I

Troubles Psychiques élémentaires de Régis. — (*Zelebrale Functions-störungen* des auteurs allemands.)

M. le Professeur Albert Robin distingue deux grands groupes de psychoses d'origine digestive, suivant qu'il s'agit d'états psychiques caractérisés par une dominante symptomatique ou d'états caractérisés par une systématisation de symptômes qui fait rentrer ces états dans les classifications courantes en pathologie mentale. Chacun de ces groupes comprend d'assez nombreuses variétés.

Ce sont des symptômes psychiques isolés ou des syndromes psychiques incomplètement dessinés ; ils sont tantôt qualifiés troubles nerveux, tantôt étiquetés psychoses.

« C'est que les troubles nerveux et psychiques s'intriquent si souvent qu'on ne peut les dissocier. De plus, beaucoup de syndromes mentaux facilement reconnus quand ils sont au complet et bien accentués passent inaperçus des médecins, quand ils ne sont qu'esquissés. Ils sont alors confondus sous l'étiquette plus ou moins vague de troubles névropathiques. »

I. Etats vertigineux. — Ces états rentrent dans le cadre du VERTIGE STOMACAL. (*Vertigo a stomacho laeso* de Trousseau, *vertigo per consensum ventriculi* des anciens auteurs).

C'est une sensation subjective de désorientation, de perte d'équilibre, la conscience d'un trouble de coordination motrice. Cette sensation peut aller du simple éblouissement ou étourdissement banal jusqu'au vertige le plus caractérisé, jusqu'au tournoiement.

Si on abuse quelquefois de ce diagnostic, il paraît cependant excessif de vouloir nier son existence. Son origine gastrique ne fait de doute pour personne et le traitement stomacal en a rapidement raison. (Albert Robin, Blondeau et Ramskyll). Bouchard le signale dans 17 % des cas de dilatation d'estomac.

Ce vertige se produit surtout quand l'estomac est vide. Si le malade parle à haute voix, le vertige s'accroît. La conscience demeure intacte dans tous les cas. Une sensation de vague ou de vide se produit dans la tête » ; le sol semble manquer de stabilité sous le pied du malade qui vacille et est obligé de prendre un point d'appui sur les objets environnants ; quelquefois même, il voit tout tourner autour de lui ; s'il parle à haute voix, le vertige s'accroît ; les idées deviennent difficiles à fixer ; des sifflements d'oreille, des étourdissements ajoutent encore au malaise.

« Dans des cas plus accentués, le malade peut même tomber, avec la sensation d'un évanouissement qui ne se réalise jamais complètement, car la conscience demeure intacte dans tous les cas.

« A quelque degré que soient portés les accidents qu'il éprouve, jamais en effet, le malade ne perd la conscience de ses actes ; jamais, alors même qu'il tombe, il ne perd connaissance, jamais il ne se méprend sur la nature de

ces sensations bizarres, de ces hallucinations dont il peut être effrayé.

» Qu'au plus fort du vertige le malade s'assoie ou s'étende, celui-ci diminue très rapidement. » (Albert Robin).

En général, il apparaît de préférence le matin, quand l'estomac est à jeun, ou quelques heures après le repas, au moment où la difficulté de la digestion est à son maximum et où le centre nerveux gastrique adresse au cerveau ou plus exactement au bulbe une excitation morbide par l'intermédiaire du X (Jaccoud, Albert Robin, Leven). Il est ordinairement calmé par l'ingestion d'aliments. Plus rarement, il survient pendant la nuit, au moment où se manifeste la crise gastrique des hypersthéniques. Si le malade est couché, il sent son lit tourner suivant un axe longitudinal ou c'est lui-même qui est entraîné dans ce mouvement de rotation.

« Elle allait en compagnie d'un de ses enfants, écrit Trousseau, quand tout à coup, elle se sentit prise d'un étourdissement, de pesanteur de tête sans douleur aiguë, sans éblouissement, sans tendance à la syncope. Il lui sembla presque en même temps que la terre s'entr'ouvrait devant elle, ses jambes fléchissaient et elle se sentait entraînée irrésistiblement vers l'abîme qu'elle croyait voir ouvert sous ses pas.

« Cette singulière hallucination était accompagnée de nausées, d'envie de vomir et même de vomissements. Cependant la malade conservait son entière connaissance, et tout en poussant des cris de terreur, tout en priant son fils de la retenir et de l'empêcher de rouler dans le gouffre qu'elle avait devant les yeux, elle

avait parfaitement conscience de cette erreur de ses sens ». (Trousseau). Des vertiges analogues se répétaient tous les jours jusqu'à ce que « une alimentation réparatrice, une médication instituée suivant une méthode et avec des moyens très simples, sont venus facilement à bout de ces accidents. »

Une dame d'un certain âge consulte Lasègue à propos d'accidents cérébraux dont elle était tourmentée depuis plusieurs mois et qui consistaient en des vertiges presque subintrants. Se croyant menacée d'une attaque d'apoplexie et pour éviter la congestion, elle se condamna à une diète sévère, aussi sévère que Lasègue appelé en consultation, frappé de sa maigreur, crut au premier abord à une affection cancéreuse. « Une médication tonique, une alimentation réparatrice avaient, au bout de huit jours, amené un changement notable dans la situation. Les vertiges étaient beaucoup moins fréquents ; bientôt la malade en était complètement débarrassée : six semaines plus tard, l'embonpoint et la santé étaient revenus ».. (Trousseau).

On peut rapprocher de cette observation classique des faits analogues décrits et interprétés au sujet du travail de Zbienden par Guérin (de Bordeaux) et dans lesquels l'auteur tente à attirer l'attention du corps médical sur la fréquence des troubles nerveux et psychiques engendrés par des régimes trop exclusifs ou insuffisants.

II. Vertige intestinal. — L'intestin peut aussi bien que l'estomac produire des phénomènes vertigineux et des faits de ce genre ont été observés depuis fort longtemps.

Glénard, Sigaud et Vincent, Mac Auliffe les ont signalés dans la chute du transverse avec coudure des angles coliques, dans la typhlectasie, dans la distension gazeuse des côlons ; Pron, Mendel et d'autres dans l'entérocolite chronique, entrecoupée de poussées aiguës douloureuses. Mais c'est surtout à M. Lœper que nous devons les observations nettes et nombreuses avec vérification radioscopique, examen de la tension, etc., en même temps qu'une brillante théorie pathogénique. Toutes les formes du vertige depuis la simple « indécision de la marche qui fait qu'on n'est pas sûr de soi » (Lasègue) jusqu'à l'« état de mal vertigineux » en passant par des formes du vertige isolé et le vertige de Ménière avec chute et vomissements, peuvent être observées.

M. le professeur agrégé Lœper rapporte l'observation d'un homme de 39 ans, depuis longtemps constipé et qui se plaint d'un certain vide dans la tête, de malaises céphaliques et de défaillances dès qu'il reste deux jours sans aller à la selle.

Depuis plusieurs mois liés à une augmentation de la constipation, apparurent des malaises indéfinissables : « il se sent « comme en bateau », sa démarche est hésitante et parfois ataxoïde et oscillante. L'hésitation s'accroît lorsqu'il veut suivre une ligne très droite ou quand il ferme les yeux. Parfois il perçoit un bruissement auriculaire, des battements dans la tête, un étourdissement : il doit s'étendre ou s'appuyer contre le mur. Il se présente plusieurs fois à la garde-robe sans succès et le malaise ne cesse qu'après une évacuation abondante, spontanée ou, plus souvent, provoquée par un lavement huileux.

» La palpation de l'abdomen ne révèle rien d'anormal ; l'appétit est conservé, l'état général est parfait ; les oreilles sont absolument saines ; les réflexes rotuliens sont un peu exagérés, la pupille réagit bien à la lumière mais est très dilatée. La tension artérielle est en général un peu inférieure à la normale et atteint 13 1/2 à l'oscillomètre. Les urines sont très riches en indican. »

Une femme que M. le professeur agrégé Lœper observait à l'hôpital Boucicaut en janvier 1911 « est une constipée qui, depuis ses grossesses, reste parfois cinq et six jours sans aller à la selle. Quand arrive le quatrième ou cinquième jour elle a fréquemment du vertige, tantôt le matin, tantôt la nuit. Le jour, ses yeux papillotent, elle voit trouble, ne peut fixer aucun objet ; tout tourne devant elle et cela pendant une demi-heure et parfois une heure. La nuit, pendant le sommeil, ou plutôt le demi-sommeil, elle rêve qu'elle est ballottée en tous sens, entraînée dans un mouvement irrésistible, renvoyée comme une balle à travers l'espace ; quand elle s'éveille, son lit se déplace à travers la chambre et tourne en tous sens ; elle entend parfois encore le bruissement d'oreilles qui, dans le sommeil, a sans doute marqué le début de cette crise vertigineuse. »

» L'estomac ne paraît pas dilaté, les digestions sont normales, les crises apparaissent aussi bien quand il est vide que quand il est plein, quand l'alimentation est abondante et quand elle est légère ; elles ne se produisent que lorsqu'il y a constipation. La palpation du ventre est extrêmement sensible aux points mésentériques et iliaques. Le chimisme gastrique dénote un peu d'hyperchlorhy-

drie ; le chimisme intestinal est normal ; la radioscapie ne montre qu'une ptose viscérale discrète. Les urines sont pauvres en indican.

» La tension artérielle prise à plusieurs reprises atteint 16 1/2 à 17 dans les périodes de calme, souvent 19 et même 20 au cours des crises vertigineuses. »

Chez un autre malade de M. Lœper, atteint de typhlectasie, le vertige qui reparaisait tous les trois ou quatre jours, succédait à une période de constipation, pendant laquelle l'état général restait parfait. » En même temps que le vertige survenaient un peu de tension abdominale, des contractions du côlon et du cæcum, des douleurs dans la fosse iliaque droite. La palpation révélait un gargouillement cæcal très marqué et très étendu. Tout rentrait dans l'ordre dès que survenait une abondante débâcle de matières solides, puis très liquides et fétides.

» Une des crises fut particulièrement tenace et dura six jours. L'urine était très riche en indican, sa toxicité assez forte puisqu'elle tuait le lapin à la dose de 32 c. c. par kilo, la quantité de nucléo-albumine précipitable par l'alcool était considérable ; la tension artérielle dépassait à peine 13 en dehors des crises et 11 pendant la crise vertigineuse.

« Un autre malade, âgé de trente-deux ans, soumis pour une entérite ancienne au régime des pâtes et farineux, était tourmenté de météorisme fréquent, d'émissions gazeuses abondantes, avec distension des côtes gauches, douleurs, palpitations, sensations nauséuses, bourdonnements et vertige.

A deux reprises même il tomba sans pourtant perdre

connaissance. La distension considérable du côlon et surtout des angles fut vérifiée par M. Aubourg à l'examen radiographique. La pression artérielle dépassait 21 dans les phases de météorisme le plus accusé, en même temps qu'apparaissait le vertige. Ce malade, qui ne présentait aucune lésion circulatoire appréciable, guérit de son météorisme par un retour à un régime moins exclusif, par l'absorption de pancréatine. Sa tension artérielle redescendit à 16. Il n'a plus de vertige. »

Sénès rapporte l'histoire d'un chauffeur, âgé de 26 ans, très constipé, qui fut pris subitement d'une crise vertigineuse avec sensation de tournoiement. Le traitement évacuateur institué, le malade eut encore deux vertiges analogues et guérit complètement.

Le vertige intestinal survenant le plus souvent chez des personnes jeunes, n'est point grave ; c'est un accident gênant, impressionnant, mais qui guérit habituellement par une thérapeutique appropriée. Chez des vieillards, par l'hypertension qui est sa cause, il peut être un prélude d'une hémorragie cérébrale.

Le vertige est dû, selon M. Lœper, à des variations de tension des canaux semi-circulaires, qui peuvent être indépendantes ou non de la circulation générale. Dans le premier cas, la tension est normale ou au-dessous de la normale, et c'est un spasme ou une fluxion localisée qui intervient ; dans le second cas, c'est l'hypertension brusque de tout l'arbre circulatoire.

Tous ces phénomènes peuvent être provoqués chez les intestinaux par quatre causes principales : « La congestion de l'appareil digestif au cours de la digestion intesti-

nale ; la pléthore sanguine ; la résorption de produits toxiques ou tout au moins vasotoniques ; enfin, le réflexe abdominal. »

L'action hypotensive des certains produits toxiques élaborés dans l'intestin des constipés et le passage dans l'urine d'une hypotensine d'origine intestinale a été démontrée expérimentalement par M. Lœper.

Le vertige par hypertension est d'origine réflexe.

III. Etats syncopaux. — Les pertes de connaissance dans les réactions d'origine colique ont été bien étudiées par Lœper, Sallard, Mathieu, Millon et Marre.

La perte de connaissance apparaît au cours d'une crise intestinale revêtant la symptomatologie de l'indigestion grave ou bien elle constitue à elle seule presque toute la crise, mais elle est toujours sous la dépendance du mauvais fonctionnement intestinal et disparaît définitivement avec la guérison des troubles gastro-intestinaux.

« Chez un sujet constipé atteint de colite, la crise apparaît brusquement en apparence, précédée en réalité par quelques jours de constipation plus intense et de sensations morbides mal définies. Vers le milieu de la nuit, le malade éprouve un malaise qui s'accompagne d'un état nauséux marqué et bientôt de vomissements.

Rapidement les malaises augmentent : le malade pâlit et a des sueurs froides, le pouls devient petit et misérable, la vue s'obscurcit, il semble qu'un voile s'étende devant les yeux. Parfois les malades ont des bourdonnements d'oreille et l'ouïe comme ouatée. Puis survient la syncope. Courte en général, elle se prolonge rarement au-delà d'un quart d'heure. » (Millon).

D'autres crises ont une symptomatologie très simple (*crises larvées*), souvent réduite à une perte de connaissance que le malade sent venir, qui est très courte et qui est presque toujours suivie d'une petite débâcle pseudo-diarrhéique.

Ces crises n'ont qu'une gravité apparente ; elles guérissent toujours promptement avec la suppression de la colite causale. Cependant chez certains prédisposés, lorsqu'elles se répètent trop fréquemment, elles peuvent donner lieu à une véritable obsession nosophobique.

On conçoit d'ailleurs facilement cette apparition de phénomènes névropathiques chez ces malheureux constamment et considérablement gênés dans leur alimentation, dans leur genre de vie, dans l'exercice de leur profession.

Un malade de Millon et Marre n'osait reprendre les voyages d'affaires qui l'obligeaient à vivre à l'hôtel et qui l'éloignaient de sa famille, mais cette crainte disparut, quoique lentement, après la suppression des crises.

L'origine colique de ces crises est démontrée par les points suivants donnés par Marre dans sa thèse : existence constante d'une période de constipation préalable, concomitance d'une ou plusieurs débâcles pseudo-diarrhéiques, efficacité rapide d'un traitement approprié à l'état intestinal.

M. Siredey a signalé dans l'appendicite chronique « des phénomènes réflexes assez accentués : pâleur subite de la face, altération de la physionomie, tendance lipothymique. »

Les états syncopaux dans les réactions d'origine gastri-

que ont été bien étudiés par L. Pron, qui cite entre autres les observations fort intéressantes de Léven et de Rémond : « Leven a vu, dit-il, une dame de 36 ans, dont la crise s'annonçait par une sensation douloureuse dans l'estomac ; elle ne pouvait parler et perdait complètement connaissance. Un autre de ses malades avait des crampes d'estomac, à la suite desquelles il tombait comme sidéré, il ne revenait à lui qu'au bout d'un quart d'heure et divaguait ensuite pendant deux heures. La perte de connaissance peut être définitive et entraîner la mort. Rémond, cité par Monnier, cite le cas d'un malade, ayant commencé, à 31 ans, à avoir des crises gastriques douloureuses qui duraient, d'abord 3 heures, puis 60 heures avec quelques intervalles de rémission et qui, à 52 ans, fut brusquement sidéré par un accès plus violent que les autres. »

IV. Insomnies. — Les insomnies sont fréquentes et pénibles chez les dyspeptiques ; elles ont une allure qui les individualise et en facilite le diagnostic. Ces insomnies mettent les individus dans un état de surexcitation ou de dépression morales incompatibles avec une vie normale. A la longue survient un véritable état névropathique.

Le professeur Albert Robin distingue trois variétés d'insomnie d'origine digestive. « La première variété et la plus habituelle est caractérisée par le réveil nocturne que provoque une crise d'hypersthénie ou de fermentation. Le malade s'endort plus ou moins facilement ; mais il est réveillé à heure fixe par une crise gastrique avec douleur stomacale, renvois et pyrosis. S'il se retourne dans son lit, la douleur cesse un instant pour reprendre, en char-

geant de place, dans la partie la plus déclive de l'estomac ; cette douleur, que les malades décrivent de la manière la plus variable suit en quelque sorte leurs mouvements et se localise du côté sur lequel ils se sont couchés. Elle est assez vive pour empêcher le sommeil, et ce n'est que vers le matin qu'elle s'apaise et permet au patient de s'endormir d'un lourd et court sommeil dont il sort brisé, sans énergie, la tête vide, vertigineux, incapable de tout effort physique ou intellectuel.

» Dans une *deuxième variété* le malade ressent toujours à la même heure de nuit un malaise que rien ne permet, de prime abord, de rapporter à l'estomac. Après s'être retourné plusieurs fois dans son lit, sous le coup d'un malaise vague hanté de mauvais rêves, il s'éveille couvert de sueur, le pouls fréquent, la respiration difficile et anxieuse, avec une sensation d'angoisse, de pesanteur douloureuse du côté du cœur et des intermittences. Il rejette ses couvertures, se dresse sur son lit et émet des éructations qui lui procurent un certain soulagement. Mais, la crise aiguë passée, il ne parvient pas à se redormir, si ce n'est vers le matin, et, comme dans la forme précédente, il se réveille épuisé, la face pâle, l'esprit confus, et ce n'est qu'au prix d'un très grand effort qu'il parvient à sortir de son lit.

» Dans une *troisième variété*, les malades ne parviennent même pas à s'endormir, sans ressentir, à proprement parler, un malaise quelconque, ils restent éveillés pendant toute la nuit, entendant sonner toutes les heures et ne perdant un instant connaissance que pour reprendre presque aussitôt leur veille indécise. » (Albert Robin).

La meilleure manière de prévenir ces insomnies ainsi que l'état nerveux qu'elles ont engendré ou exaspéré, est de soumettre ceux qui en sont atteints au traitement de la dyspepsie causale.

V Cauchemars. — Terreurs nocturnes des enfants. —

On sait combien souvent une digestion difficile donne des songes pénibles ; chez le dyspeptique ce sera des *cauchemars*. « Le cauchemar, rêve pénible, avec sensation d'oppression, d'écrasement épigastrique, aboutit au réveil angoissant, les yeux hagards, le front moite, les extrémités refroidies. En plus de la douleur, de l'angoisse et du réveil en sursaut, le cauchemar se caractérise par l'homogénéité des images mentales qui le constituent, parfois même leur stéréotypie et la persistance du souvenir pénible. Les cauchemars chez les dyspeptiques sont de nature vulgaire. » (Laignel-Lavastine).

Après le repas du soir, le malade est souvent envahi par une somnolence à laquelle il a rarement le courage de ne pas céder ; il se couche, persuadé qu'il va continuer facilement ce sommeil spontané ; mais, au bout de peu de temps, il sent un poids qui l'étreint à l'épigastre, puis cette sensation monte au cerveau, le cauchemar apparaît, tellement pénible la plupart du temps, qu'il réveille le malade en sursaut. Les formes les plus fréquentes sont : la sensation de chute avec réveil subit et cri ; la poursuite par son ennemi ; l'écrasement par un poids lourd, etc. Plusieurs des malades du Professeur Albert Robin rêvaient « qu'ils se trouvaient dans la rue ou dans un salon en chemise ou plus ou moins déshabillés ; d'autres rêvent

qu'on veut les assassiner, qu'ils marchent dans l'eau, qu'ils étouffent ». Spitta, cité par Pron, rapporte l'histoire d'une romancière qui avait coutume de faire un repas très copieux, immédiatement avant de se coucher, quand elle voulait provoquer chez elle des rêves horribles, pour avoir, le lendemain, des matériaux tout prêts pour ses descriptions.

Wytt, qui était hypochondriaque lui-même, a décrit avec soin les sensations extraordinaires qu'il ressentait aussitôt qu'il avait l'estomac dérangé : « Dans le temps où j'avais l'estomac dérangé ou tourmenté par des vents, je me sentais souvent attaqué d'un léger cauchemar. L'état incommode où je me trouvais alors me faisait lever tout de suite ; dès que j'étais entièrement réveillé, il me semblait presque toujours que j'avais eu un poids sur l'estomac ou quelque chose qui me gênait dans la région de ce viscère, et, cette sensation se trouvait accompagnée d'un état de langueur et d'une espèce d'oppression ou d'étouffement...

Lorsque j'étais assis dans mon lit ou seulement éveillé, je n'éprouvais aucun de ces symptômes, si ce n'est tout au plus un peu de malaise à la région de l'estomac ; mais, dès que j'étais prêt à m'assoupir, les symptômes recommençaient à se faire sentir. J'ai souvent passé, dans ce cruel état, deux heures et même davantage au commencement de la nuit. Enfin, j'ai découvert qu'après un petit coup d'eau-de-vie pris après l'attaque de ce mal, j'en étais garanti pour toute la nuit. Ce remède n'a jamais manqué de me réussir parfaitement dans le petit nombre d'occasions où je l'ai mis en usage, car, depuis peu, mon

estomac ayant continué à être en assez bon état, j'ai éprouvé rarement durant le sommeil quelque une de ces sensations incommodes et désagréables qui ressemblent au cauchemar. »

M. le Professeur Albert Robin pense qu'il faut rapporter à la dyspepsie la plupart des cas de cette singulière maladie que l'on connaît sous le nom de *terreurs nocturnes* des enfants et qui a été bien étudiée par Hesse, Steiner, Henoeh, Soltmann, Bouchut, de Backer, Ch. West, Moizard et J. Comby. Pour Laignel-Lavastine et la plupart des auteurs, ils sont une manière dont l'enfant nerveux réalise la crise qui suit le repas du soir dans l'hypersthénie et les fermentations gastriques. » J'ai, pour ma part, vu bien souvent les terreurs nocturnes survenir chez des enfants dyspeptiques, gros mangeurs, grands buveurs, etc. Chez ces enfants, dont les fonctions digestives laissent tant à désirer, pouvait-on dire que les terreurs nocturnes représentaient une forme larvée de l'hystérie ou de l'épilepsie ? Car il suffisait de régler le régime de ces enfants pour faire disparaître les terreurs nocturnes. J'admets que les enfants nerveux sont prédisposés à ces accidents ; mais je crois que la tare nerveuse n'est pas nécessaire, *la dyspepsie suffit*. Voici un enfant qui mange trop, qui boit trop ; si vous l'étudiez d'un peu près, vous voyez qu'il n'a jamais un sommeil calme et tranquille. Il s'endort avec peine ; il est agité dans son lit ; il a des sueurs, des cauchemars ; c'est dans ces conditions qu'il présente des terreurs nocturnes. Tel enfant n'a d'accès que s'il est constipé ; on les prévient en assurant le cours des matières. » (J. Comby).

C'est deux heures et demie ou trois heures après le repas du soir que l'accident apparaît ; l'enfant se réveille brusquement, se dresse sur son lit, les yeux fixes, ouverts. Il voit des animaux ou des voleurs, pousse des cris, appelle ses parents, mais ne les reconnaît pas ; ni consolation, ni caresses ne peuvent le calmer. Au bout d'un temps qui varie de quelques minutes à une demi-heure en moyenne, l'enfant a une crise de larmes ou de sanglots, quelquefois une émission involontaire d'urine, mais jamais de convulsions et il se rendort. (Pron).

VI. Irritabilité. — Elle forme le fond du caractère de beaucoup de dyspeptiques, ces repente irascibles, comme les appelait Arétée de Cappadoce.

Le caractère du dyspeptique marche de pair avec l'état de son estomac. Au moment de ses souffrances, le malade n'est pas abordable. Il entre facilement dans des colères furibondes, sans que personne réussisse à le calmer. Les visites l'exaspèrent ; il recherche la solitude, s'isole volontiers, passe son temps à critiquer, à ronchonner.

« Ses affections, seront comme son amabilité, chose morte ; il sentira son cœur fermé, il se surprendra à ne plus aimer les êtres qui autrefois lui étaient chers et qui ne lui font que du bien, il ne comprendra plus les rêves d'adolescence, ni les charmes intimes des sentiments de tendre affection. Sa sentimentalité est dans son estomac.

« Si, à un certain moment, par l'effet d'un médicament ou plutôt d'un régime alimentaire approprié, cet organe le laisse quelque peu en repos, il se reprendra à aimer la vie, la nature et ses semblables, il entreverra la guérison

possible, il redeviendra, comme autrefois, bon et aimant et il s'efforcera de compenser, par de bonnes pensées et de bonnes paroles, la noirceur du caractère qu'il montrait précédemment. Mais ce retour à lui-même ne durera que quelques heures ; à la moindre infraction de régime, la personnalité mauvaise reparaitra. » (Pron).

Notons que ces irritables sont toujours aussi des constipés ; on peut même dire qu'ils ont la plupart des fonctions troublées à la fois.

On comprend que ces irritables sont peu abordables surtout au moment de leur crise et il sera bon à ce sujet de se rappeler la boutade de Voltaire :

« Le blanc de ses yeux est d'un sombre ardent ; ses lèvres sont collées l'une contre l'autre ; il semble qu'il vous menace, ne l'approchez pas ; et si c'est un ministre d'Etat, gardez-vous de lui présenter une requête, il ne regarde tout papié que comme un secours dont il voudrait bien se servir, selon l'ancien et abominable usage des gens d'Europe. Informez-vous adroitement auprès de son valet de chambre favori, si Monseigneur a poussé sa selle, le matin. Ceci est plus important qu'on ne pense. » /

Et un peu plus loin, il célèbre avec complaisance les avantages de ceux qui s'acquittent facilement de la fonction qui nous occupe. » Au contraire, dit-il, les personnes qui ont de l'embonpoint, les entrailles veloutées, le cholédoque coulant, le mouvement péristaltique aisé et régulier, qui s'acquittent tous les matins, dès qu'ils ont déjeuné, d'une bonne selle, aussi aisément qu'on crache, ces personnes favorites de la nature sont douces, affables, gracieuses, prévenantes, compatissantes, officieuses. Un

« non » dans leur bouche a plus de grâce qu'un « oui » dans la bouche d'un constipé. »

Cette irritabilité du caractère marque la fatigue nerveuse qu'on trouve à la base de la plupart des manifestations psychiques d'origine digestive. C'est la *faiblesse irritable* de Charcot.

Tous les jours au commencement du dîner un héros de Tolstoï entraînait dans une telle rage, telle fureur, que ses proches ont fini par comprendre que cet état maladif ne pouvait qu'être provoqué par l'ingestion des aliments.

Dans un autre ordre d'idées, M. de Fleury cite le cas d'un amant très jaloux, dont la passion s'exaltait jusqu'à la fureur, à mesure que s'éloignait l'heure du repas et se calmait *subitement* par l'ingestion de nourriture.

« Il devient pâle et verdit par instants, tout comme s'il avait des coliques à l'âme. Il s'accoste à une embrasure, mord son mouchoir et s'évente avec, va faire un tour pour calmer son angoisse et puis revient s'hypnotiser devant l'objet de son exaltation.

« A un moment, il n'y tient plus, s'approche d'elle, ayant aux lèvres un sourire contraint et lui dit à l'oreille une injure féroce, tout ce qu'il peut trouver de pire, de plus bas : « Vous n'êtes qu'une fille » ou quelque chose d'approchant.

« Eh bien ! pour apaiser ce jaloux, pour calmer son angoisse, il faut très peu de chose : donnez-lui à souper ou bien faites lui prendre — j'ai répété dix fois l'expérience — un tonique quelconque, une perle de caféine ; tout de suite, il sera moins fou. »

Folet, cité par Pron, rapporte l'histoire d'un jeune

homme de quinze ans, Albert C..., habituellement doux et tranquille, qui, sur les remparts de Cambrai, après avoir erré deux jours sans nourriture, rencontre une fillette de 8 ans, la renverse, la frappe à la tête de coups de canne plombée et va se constituer prisonnier. Interrogé, il répondit à maintes reprises : « J'avais faim et je ne sais pourquoi j'ai agi de la sorte. »

Il n'est pas douteux, ajoute M. Pron, que chez certains individus nerveux, à jeun depuis un certain temps, la responsabilité est atténuée et qu'un miséreux qui a faim et qui vole un pain à la devanture d'un boulanger mérite l'indulgence pleine et entière du tribunal devant lequel il est traduit.

VII. Émotivité. — Comme l'irritabilité elle est fonction de la fatigue nerveuse. On la rencontre à un degré plus ou moins prononcé chez tous les dyspeptiques, dont les symptômes nerveux ont été accrus par les souffrances gastriques.

Elle consiste essentiellement dans une sorte d'angoisse particulière.

« Toutes les conditions physiologiques ou pathologiques qui sont capables de provoquer la neurasthénie constituent une condition d'émotivité morbide : puberté, grossesse, allaitement, ménopause, traumatismes, affections générales, rhumatisme, goutte, diathèse, anémie, chlorose, les affections viscérales *et en particulier les maladies de l'estomac* et des organes génitaux. » (Féré. — Pathologie des émotions).

Elle affecte les formes les plus variées et peut se mani-

fester sous forme des palpitations fréquentes et pénibles, des chocs dans la tête, des sensations d'angoisse.

« Vous savez tous, dit Trousseau, et quelques-uns peut-être en ont fait sur eux-mêmes la triste expérience, combien la difficulté de la digestion entrave les travaux de l'esprit, gêne l'expression de la pensée et combien, quand il est habituel, ce trouble des fonctions gastriques porte à la tristesse. »

A un degré de plus ce sont, dit Régis, des *accès de tristesse* : le malade a besoin de s'isoler, d'aller pleurer à l'écart et cela sous l'influence d'une cause minime, d'un bruit, d'un air de musique, parfois même sans motif ». Dans ces accès les malades sont dans ce que l'on appelle l'attente anxieuse, c'est-à-dire en proie à la sensation très vive de quelque chose de fâcheux qui va arriver, sans qu'ils sachent quoi, qui les oblige à revenir chez eux, pleins d'angoisse, pour savoir s'il n'est pas survenu quelque malheur. » (Laignel-Lavastine).

Ce sentiment d'inquiétude, d'abord épisodique, peut devenir permanent. Il s'accompagne d'une tristesse telle que les malades « voient tout en noir ». Il faut se méfier, dit Laignel-Lavastine, de ces états qui ne sont fréquemment que des formes atténuées de dépression mélancolique et qui peuvent brusquement, par le suicide du malade, devenir évidents à tous les yeux. Chez les hépatiques, cette tristesse est d'une fréquence extrême.

Le maximum de ces troubles se produit plusieurs heures après les repas, pendant la digestion ou vers cinq heures de l'après-midi.

Qu'au moment d'une digestion particulièrement lour-

de, le dyspeptique ait à tenir une conversation avec une personne qu'il n'est pas accoutumé à voir, il sera comme étourdi, souvent incapable de diriger le cours de ses pensées ou même de ses mots ; que la même circonstance se reproduise à un autre moment, le matin à neuf heures, par exemple, quand son estomac est à peu près libre, le dyspeptique ne sera plus ému sans raison.

Certains dyspeptiques inquiets ont des soupçons maladroits. « Jamais, dit Régis, ces dyspeptiques ne vont jusqu'à penser qu'on les accuse de faits graves, mais seulement d'indolence et d'incapacité. Tout cela d'ailleurs est chez eux vague, mal consistant et s'ils ne sentent pas spontanément que leurs soupçons sont imaginaires, ils sont près cependant à accepter qu'on leur démontre leur erreur. »

VIII. Troubles de l'intelligence, des facultés d'attention, de coordonner les idées, etc. — Souvent, après le repas, le dyspeptique tombe dans un état de somnolence qui l'envahit de plus en plus ; il sent une fatigue et une paresse invincibles s'emparer de lui ; une lourdeur mentale le rend incapable de tout travail et cette incapacité dure aussi longtemps que son estomac est surchargé.

Certains dyspeptiques au moment de malaises gastriques sont incapables de lire un journal ; ils passent d'une colonne à une autre, commencent le début d'un article pour en choisir un second au bout de quelques minutes ; finalement ils posent le journal pour retomber dans la torpeur à laquelle ils ne peuvent échapper.

Ils s'ennuient au théâtre comme chez eux et sont inca-

bles de coordonner dans leur esprit les diverses étapes de la pièce qu'ils ont vu jouer.

A la longue, le niveau intellectuel du dyspeptique finit par baisser. Ils n'assimilent plus facilement ce qui auparavant leur apparaissait d'une clarté évidente et, malgré toute la peine qu'ils se donnent, ils ne peuvent plus fournir la même somme de travail qu'autrefois.

Cet état chronique augmente d'intensité au moment des malaises d'estomac et le dyspeptique tombe alors dans un état très proche de l'abrutissement.

« A la suite de ces mêmes souffrances gastriques un peu prolongées, je sentais mon intelligence s'affaiblir, mon cerveau se creuser, mes facultés s'anéantir, au point que j'eusse été incapable d'enchaîner deux idées. Dans de tels moments, j'eusse pu représenter le prototype de l'abrutissement le plus parfait. Cet étrange état se maintenait tant que durait la gastralgie (souffrance de l'estomac) et disparaissait avec elle ». (Thèse Hamon).

M. le professeur Albert Robin tente de réunir ces divers éléments en syndrome : « inaptitude au travail ; diminution de la compréhension ; incapacité de coordonner des idées, de fixer des images ; abolition de la volonté ; inquiétude, irritation et découragement ; abandon des soins de propreté ; sensations de vibrations sonores dans la tête ; sommeil incomplet, troublé par des rêves incessants qui sont comme le grossissement caricatural de la mentalité diurne. »

La somnolence diurne peut aboutir dans certains cas à de véritables accès de *névralepsie*, classique dans les affections hépatiques graves (Murchison, Régis) ou non,

mais avec hypothermie marquée. (Gilbert Ballet et L. Lévi).

IX. **Dysarthrie.** — On comprend en général improprement sous cette rubrique tous les troubles de la parole allant de la simple difficulté à trouver les mots, du mutisme jusqu'à l'aphasie caractérisée dont les cas sont cependant très rares.

Il arrive assez souvent qu'une sorte de mutisme involontaire s'empare du malade à la suite d'un repas et dure pendant une heure ou deux ; il sent une lourdeur à l'estomac puis une lourdeur à la tête et il se tait ; à ce moment il répond mal aux questions qu'on lui pose ou n'y répond pas du tout.

D'autres fois, une sorte de *dysarthrie mentale* avec simple difficulté à trouver les mots ou vraie confusion apparaîtra sous l'influence de souffrances gastriques pour disparaître avec elles.

La dysarthrie peut aller jusqu'à l'*aphasie transitoire* comme ce fut le cas chez une malade de M. le Professeur Albert Robin. (Leçon du 8 juin 1910).

« Pendant son déjeuner, elle est prise subitement d'une difficulté de la parole. Il lui semble que sa bouche se tord et que ses yeux ne peuvent plus s'ouvrir.

Le lendemain, ces deux symptômes ont disparu, et il ne lui reste qu'une irritabilité plus grande encore qu'à l'ordinaire. » Et ailleurs : « La difficulté de parler s'accompagne d'une sorte de coups, de vide dans la tête ou d'une douleur interscapulaire au moment de l'effort fait pour rattraper les mots qui s'échappent. »

Bochard a publié des cas d'aphasie transitoire chez des malades atteints de la dilatation simple de l'estomac et M. L. Pron, dans sa thèse rapporte plusieurs observations de Henoch, dans lesquelles des enfants atteints d'aphasie transitoire consécutivement à une indigestion ont été guéris par un simple vomissement libérateur.

X. **Amnésie passagère.** — C'est là un fait qu'on a coutume d'attribuer toujours à la neurasthénie, mais qu'on rencontre souvent dans la dyspepsie ; il y a, du reste, une neurasthénie gastrique. « Au cours d'une conversation, surtout quand elle a lieu dans la station debout, le malade oublie subitement ce qu'il veut dire ou le mot qui exprime sa pensée, en même temps qu'il éprouve un peu de vertige. Parfois, l'amnésie porte sur les lieux qu'on ne reconnaît plus, témoin le cas d'un officier qui, pendant la période digestive, perdait tout à coup la notion des lieux au point de ne pas retrouver la porte de sa chambre et de ne pouvoir plus se rappeler la direction dans laquelle il marchait... et cela avec une parfaite conscience de son oubli. » (Albert Robin).

XI. **Phobies.** — Les dyspeptiques sont souvent en proie à une crainte constante et obscure sans en connaître la vraie cause.

Arêlée avait déjà noté la crainte comme symptôme de la dyspepsie : *animi pendent*, disait-il. L'âme est en effet en suspens, tantôt d'une façon intermittente, à certains moments de la digestion, tantôt d'une façon chronique,

et, au bout d'un certain temps, apparaissent dans l'esprit du malheureux dyspeptique de véritables phobies.

Les uns ont peur de la solitude, ou tremblent à l'idée d'un voyage ou d'un simple déplacement, d'autres ont la phobie de la parole ou celle des nombres. Ceux-ci n'osent traverser un pont, un tunnel ; d'autres sont atteints d'agoraphobie. M. le Professeur Albert Robin rapporte à ce sujet plusieurs observations fort intéressantes.

« Une dame de province avait la phobie des boutons de porte qu'elle n'osait toucher parce que leur contact lui donnait l'impression d'une secousse électrique se propageant dans le corps tout entier. Un marchand de bœufs n'osait se mettre à table parce qu'il était pris aussitôt d'une sueur profuse. Une femme de trente-cinq ans, fort jolie, mariée à un vieillard de soixante-cinq ans, fut prise d'une phobie jalouse qui ne lui laissait aucun répit, au point qu'elle conçut des idées de suicide. Une autre avait la phobie des odeurs, quelles qu'elles fussent ; elle finit par se convaincre que son haleine était fétide, et cette obsession devint si violente qu'elle s'enferma dans sa chambre pendant près d'un mois, sans vouloir communiquer avec sa famille. » (Albert Robin).

Pierre Janet (Névroses et idées fixes, t. II), raconte l'histoire d'un avocat âgé de 52 ans, dyspeptique de vieille date, craignant toujours une lypothymie. Au Palais, au théâtre, en société, il cherche toujours à se placer à proximité de la sortie, afin de se soustraire facilement à l'attention du public s'il venait à se trouver mal.

Rosenheim et Ewald, Mayer et Pribam, Cordes, Cherbewsky semblent reconnaître dans certains cas une ori-

gine digestive à l'*agoraphobie* et tentent de lui trouver une explication pathogénique. On sait, en effet, que si l'agoraphobique a été laissé seul il est pris de frayeur et d'une angoisse insurmontable ; il pâlit, le pouls et la respiration deviennent plus rapides, la tête lui tourne, une sueur froide l'envahit, ses jambes tremblent et sont prêtes à fléchir ; puis, l'estomac entre en jeu, des nausées apparaissent et parfois des crampes vives, en somme, un état émotif nauséux, comparable à une indigestion.

La plupart des crises stomacales s'accompagnent d'une anxiété, d'une dépression générale qui, assez souvent, chez certains dyspeptiques, se transforme en une sensation de mort imminente.

Dans une observation de Leven, une dame âgée de 48 ans a toujours eu un mauvais estomac. Vomissements fréquents. Vertiges. Insomnie. Depuis la perte de son mari, elle a la mort présente à l'esprit et a reçu trois fois l'Extrême-Onction.

XII. Aboulie. — « Toute dépression dans le tonus vital, légère ou profonde, fugitive ou durable, a son effet ; et la conscience de cette dépression est pour nous la première cause de l'aboulie. » (Ribot, *Maladies de la volonté*).

« Ces malades, dit Guislain, savent vouloir intérieurement, mentalement, selon les exigences de la raison. Ils peuvent éprouver le désir de faire, mais ils sont impuissants à faire convenablement. Il y a au fond de leur entendement une impossibilité. Ils voudraient travailler et ils ne peuvent. Leur volonté ne peut franchir certaines limites : on dirait que cette force d'action subit un arrêt :

le *je veux* ne se transforme pas en volonté impulsive, en détermination active. Des malades s'étonnent eux-mêmes de l'impuissance dont est frappée leur volonté. »

L'aboulie est générale ou partielle (aboulie systématique). L'aboulie des dyspeptiques d'abord intermittente devient rapidement permanente. » Le malade conçoit un acte, essaie de l'exécuter, mais c'est en vain ; même s'il se fixe une heure pour accomplir tel travail, il ne peut y parvenir, il lui semble qu'une force inconnue l'entoure de toutes parts, pèse sur lui et qu'il aurait comme un poids énorme à soulever, pour exécuter la détermination prise ; il recule de quelques minutes pour se donner une excuse, puis le nouveau moment arrivé, il recule encore et ainsi de suite ; il n'arrive jamais à agir. Ou bien, après avoir pris une détermination, il la pèse, il en examine les pour et les contre, il développe chacun des termes, se lance dans des digressions lentes et ramifiées et bientôt, au lieu d'avoir devant la conscience ce dilemme simple : ferai-je ou non ? il a un nombre infini de possibilités devant lesquelles il reste impuissant et qui le plongent dans une anxiété profonde et angoissante. »

M. le Professeur Albert Robin cite le cas d'un propriétaire rural, âgé de cinquante ans, qui vint à Paris pour prendre une consultation au sujet de troubles gastriques dont il souffrait et qui, obsédé par l'idée de savoir s'il s'y soignerait ou s'il retournerait dans son pays, demeura pendant près de deux mois à l'hôtel sans défaire ses bagages, ne songeant qu'à la décision qu'il pourrait prendre et incapable de choisir l'une ou l'autre de ces alternatives.

Un autre malade de M. Albert Robin, américain, venu

à Paris pour se faire soigner par notre maître, n'ayant reçu sa visite, par suite d'une absence, que cinq jours après son arrivée, était resté tout habillé, tel qu'il avait voyagé, assis sur une malle dans la chambre d'hôtel, sans avoir pu prendre sur lui de se mouvoir, si bien que M. Albert Robin trouvait près de lui les vestiges des repas qu'on avait essayé de lui faire prendre. On crut devoir l'interner dans une maison de santé, malgré l'avis défavorable de M. Albert Robin. Son état s'y aggrava rapidement ; on dut l'en faire sortir. Soumis à un traitement anti-dyspeptique, suivi d'un traitement nervin, son état s'améliora sensiblement.

Pierre Janet cite le cas d'une femme âgée de 30 ans, indécise et hésitante sur la moindre décision et qui restait des heures à se demander si elle doit sortir ou rentrer. Cette femme qui a dû renoncer à son métier d'institutrice, se plaignait surtout de digestions extrêmement pénibles, suivies tantôt de diarrhée, tantôt de constipation et avait un estomac dilaté avec clapotage.

XIII. Excitation génitale. — Certains dyspeptiques éprouvant une lourdeur d'estomac après le repas, se trouvent plongés dans un état de froideur génitale absolu.

D'autres au moment de leurs malaises gastriques et principalement lorsqu'ils souffrent de leur fausse faim, sont en proie à une excitation génitale très grande. Ces *impulsions* génitales, avec ou sans idées érotiques anormales peuvent avoir lieu quelquefois sans possibilité d'érrection.

De véritables *crises érotiques* ont été signalées par G.

Bardet. Elles éclatent avant ou pendant la crise d'hypersthénie gastrique, sont précédées ou non d'une sensation *d'euphorie générale* et se produisent pendant la nuit ou dans l'heure qui suit les repas. Elles s'observent aussi chez la femme.

M. Bardet se demande si la crise gastrique et l'excitation génitale ne sont pas des manifestations parallèles d'un trouble fonctionnel antérieur de la moelle et le Professeur Albert Robin semble admettre cette hypothèse.

Par contre, Pron croit que le plexus hypogastrique est susceptible de recevoir une excitation des centres qui l'entourent et en particulier du plexus solaire.

XIV. Hallucinations. — Alt rapporte l'histoire d'une femme de 39 ans, dyspeptique depuis deux ans, et à laquelle les objets pendus à la muraille semblaient des caricatures et des animaux effrayants. Maury rapporte que Maxime Simon souffrant de l'estomac vit un jour des œufs sur un plat d'argent. Lui-même était sujet à de fréquentes hallucinations, quand il éprouvait un malaise quelconque. « Un des jours de février 1862, j'éprouvais des tiraillements d'estomac avec une saveur aigre dans la bouche. Quelques instants après, je m'assis sur mon fauteuil et je tombe dans une torpeur, avant-coureur du sommeil. Le sang me montait au visage. Je vis alors dans une hallucination hypnagogique un plat couvert d'un ragoût à la moutarde d'où s'exhalait une odeur qui me rappela la sensation gustative éprouvée par moi peu auparavant. » Maury cite encore le cas du libraire allemand Nicolai qui, ayant les yeux ouverts, apercevait des figu-

res d'hommes et d'animaux ; ces hallucinations, qui apparaissaient surtout au sortir de table, au moment où commençait la digestion, finirent par s'associer à des hallucinations de l'ouïe.

Leven cite le cas d'un homme de 50 ans, très dyspeptique, qui, à diverses reprises, crut voir sa petite fille écrasée par une voiture ; cette hallucination céda rapidement avec la maladie. Il a observé aussi dans son service de l'hôpital Rotschild, un dyspeptique qui avait, chaque jour, à quatre heures du soir, des hallucinations dont il ne précise pas la nature ; elles cédèrent cependant quand l'estomac fut guéri. Féré cite le cas d'une femme atteinte d'anorexie nerveuse depuis plus de dix ans, ne présentant ni stigmates permanents d'hystérie ni mouvements convulsifs et qui, chaque fois qu'elle usait d'aliments trop vinaigrés, voyait rouge pendant quelques minutes. Cette vision rouge était suivie d'une vision vert clair d'une heure de durée. Et, fait digne de remarque, l'odeur du vinaigre ne produit chez elle aucune sensation.

Le baron de Trenck, enfermé dans un cachot et souffrant de la faim, voyait en rêve des tables bien garnies.

Lassignardie raconte dans sa thèse qu'un de ses amis, étudiant étranger, ayant des convictions religieuses très fortes, jeûna d'une façon absolue pendant 48 heures. Le second jour, peu avant de s'endormir, il eut une hallucination. « Je croyais me trouver dans une chambre, au milieu de laquelle était dressée une table chargée de mets les plus succulents ; l'odeur du rôti venait flatter mon odorat mais il m'était défendu d'y toucher. Une grille me séparait de ces plats tentateurs. »

Duchon, Bouchard, ont étudié spécialement les hallucinations qui sont en rapport avec la dilatation d'estomac et Bouchard a fait une description magistrale de différentes formes sensorielle, visuelle, auditive, tactile.

« Les hallucinations du dyspeptique, dit Bouchard, sont solennelles et silencieuses. Le malade voit défiler lentement des personnages ; ce sont des processions civiles ou religieuses. Chaque personnage s'approche sans bruit, regarde le patient sans dire un mot et disparaît en silence.

Chez les *hépatiques* les hallucinations visuelles sont très fréquentes. Mais beaucoup de ces malades étant en même temps des alcooliques, « il est malaisé, dit Régis, de faire exactement la part de ce qui revient dans ces troubles à l'intoxication hépatique et à l'intoxication alcoolique. Du reste on a tendance actuellement à considérer les accidents cérébraux de l'alcoolisme comme d'origine hépatique, par suite de l'action de l'alcool sur le foie (Klippel).

Chez les dyspeptiques, les hallucinations de l'ouïe ne sont pas formées de voix articulées, et les malades ne se figurent pas, comme les aliénés, qu'on leur parle. Ils perçoivent seulement des sons de cloches qui augmentent progressivement, puis diminuent pour augmenter de nouveau. Ou bien ils entendent distinctement frapper à la porte, au volet, et il leur arrive de se lever à diverses reprises pour ouvrir, malgré l'intervention des personnes présentes. (Laignel-Lavastine).

« Les hallucinations de l'odorat sont fréquentes, mais difficiles à caractériser. Elles se manifestent sous forme d'odeurs désagréables (chiffons brûlés, poisson pourri,

œufs couvés, fuite de gaz, odeur de mort, etc.) Il s'y joint souvent des nausées suivies ou non de vomissements. Quand une hallucination de ce genre survient au milieu d'un repas, le sujet est obligé de quitter momentanément la table. » (Régis). Les hallucinations du *goût* sont moins communes.

Les hallucinations hypnagogiques de Maury, (λῦπνος, sommeil ; ἀγωγός, conducteur) sont assez fréquentes chez les dyspeptiques ; elles précèdent immédiatement le sommeil, sont purement visuelles et silencieuses. Au moment de s'endormir, le malade voit défiler de droite à gauche, des images passagères, aussi variables dans leur forme que dans leur expression. Tantôt ce sont des apparences colorées, généralement rouges, d'abord confuses, mais qui se précisent bientôt assez pour représenter des visages qui s'approchent lentement et disparaissent dès qu'on cherche à les fixer. Puis le malade s'endort. Et le sommeil est souvent troublé par des cauchemars, des rêves pesants, tristes ou terrifiants, dans lesquels domine la sensation de chute, de poursuite ou de fuite avec une invincible lourdeur des jambes, et qui se continuent vaguement au moment du réveil. (Albert Robin, Levén).

« Je lisais à haute voix, dit Maury, le voyage dans la Russie méridionale de Hommaire de Hell ; à peine avais-je fini un alinéa, que je fermai les yeux instinctivement. Dans un ~~de~~ ces courts instants de somnolence, je vis, hypnagogiquement, mais avec la rapidité de l'éclair, l'image d'un homme vêtu d'une robe brune et coiffé d'un

capuchon, comme un moine des tableaux de Zurbarran ; cette image me rappelle aussitôt que j'avais fermé les yeux et cessé de lire : je rouvris subitement les paupières et je repris le cours de ma lecture. »

II

SYNDROMES PSYCHIQUES OU PSYCHOSES. —

(Etats psychopathiques avec systématisation des symptômes).

XV. Hypochondrie et la petite hypochondrie.— L'hypochondrie est « une sorte de maladie nerveuse qui troublant l'intelligence des malades, leur fait croire qu'ils sont atteints des maladies les plus diverses, de manière qu'ils passent pour malades imaginaires, tout en souffrant beaucoup, et qu'ils sont plongés dans une tristesse habituelle. » (Littré). Toutes les affections douloureuses ou non, mais attirant sur elles l'attention du malade créent un terrain propice pour le développement de l'hypochondrie. Quand elle est liée à des troubles dyspeptiques, l'hypochondrie que Cotard définissait « un délire triste portant sur la santé physique et morale » est caractérisée par des réactions cérébrales exagérées à l'occasion de tout malaise digestif, si léger qu'il soit. Il suffit d'une régurgitation acide, d'un état saburral de la langue, d'une irrégularité de l'appétit, de borborygmes, etc., pour que le malheureux malade soit pris d'une inexplicable anxiété, d'une véritable crise où dominent les états mélancoliques, avec dépression du moi, misanthropie, abolition de la volonté, idées d'impuissance ou d'in-

capacité, car le dyspeptique est un mélancolique triste. Tout ce qui se passe autour de lui le laisse indifférent et, à l'occasion de la plus petite contrariété, il donne libre cours à un flot de pensées sombres qui germaient en lui, il se retire seul, fait semblant de lire ou de se livrer à un travail quelconque et s'abandonne à une rêverie noire, qui n'aura d'autre effet que de provoquer une crise de larmes et d'aggraver son état stomacal. Pour Laignel-Lavastine l'hypocondrie n'est que l'ensemble des préoccupations malades, exagérées ou absurdes que peut avoir un malade relativement à sa santé.

La conservation des facultés qui constituent l'être intelligent et raisonnable existe. Cependant, il y a d'étranges perversions de la sensibilité chez l'homme moral, émotif ou affectif. Il éprouve des répulsions et des antipathies qui sont la conséquence d'un état maladif franchement accentué. Il lui devient impossible d'accomplir certains actes qui dépendent de l'exercice de la volonté et qui se rapportent aux habitudes les plus ordinaires de la vie, comme seraient ceux de toucher certains objets. Ces malades, dans les efforts qu'on sollicite d'eux pour vaincre leur répugance à accomplir ces actes, éprouvent des spasmes, des convulsions, de véritables syncopes.

Un dyspeptique hypochondriaque ne connaît pas la sympathie réciproque que tout être humain ressent vis-à-vis des amis.

Son estomac est sa seule préoccupation ; le matin, il se sent triste et fatigué, encore plus que dans la journée ; il a la langue sale et la bouche mauvaise ; il a plusieurs choses à faire, mais tout l'ennuie, à tout il voit des empê-

chements, surtout au moment de ses malaises gastriques. Après le repas, il éprouve ou bien un soulagement passager et alors il se sent redevenir un peu ce qu'il était autrefois ; ou bien son estomac devient lourd, la chaleur lui monte au visage, il sent comme un poids qui lui presse le cœur et le cerveau, tout courage l'abandonne.

A une période avancée de la maladie un malaise gastrique léger provoque des troubles intenses ; l'effet n'est plus en rapport avec la cause. « Tout apparaît au dyspeptique sous un jour noir ; il est incapable de se distraire, toutes ses facultés sont occupées ou plutôt inhibées par ses souffrances ; il ne s'appartient plus, il devient une machine. Il devient aussi misanthrope, il déteste et fuit le monde ; il lui est du reste souvent impossible de séjourner pendant quelque temps dans une salle où sont réunies plusieurs personnes, car il est pris comme d'un étouffement et la présence d'êtres humains autour de lui suffit souvent à exaspérer ses malaises. » (Pron).

Beaucoup d'hypochondriaques d'origine digestive rentrent dans la catégorie du *délire d'interprétation*. « Ce sont des individus d'un caractère qui fut toujours inquiet et défiant et qui, à l'occasion de troubles dyspeptiques, de douleurs abdominales, de sensations anesthésiques plus ou moins particulières, interprètent tous leurs symptômes dans le sens le plus pessimiste. » (Laignel-Lavastine).

Il en est ainsi de certains délires de *possession* et de délires de *fausse grossesse* qui ont pour origine ou pour localisation des troubles gastro-intestinaux, depuis les

simples borborygmes de la dyspepsie flatulente jusqu'aux lésions, tumeurs et affections abdominales les plus graves.

Morallié, cité par Laignel-Lavastine, a montré, en 1904, l'importance de l'entéro-colite muco-membraneuse comme point de départ de ces délires de possessions ou de grossesse par fausse interprétation des sensations éprouvées, et Pick (de Prague), la même année, a insisté sur la valeur diagnostique et pronostique des sens de Head, c'est-à-dire des modifications de la sensibilité qui se présentent en diverses régions de la surface cutanée, en relation avec des douleurs ou des affections des viscères, dans les psychoses gastro-intestinales avec délire de possession.

Dromart et Senges, sous le titre de « maigreur pathologique chez un aliéné hypochondriaque » rapportent l'observation d'un homme de 35 ans qui d'abord éthylique présenta une phase d'insomnie, puis d'hallucinations terrifiantes avec idées de suicide et finalement fut interné dans un asile d'aliénés. Cet homme « se plaint constamment, pour dire que « ses chairs se fondent », que « son estomac se dissout », que « son intestin s'obture », qu' « un ver intérieur le ronge », etc., et les auteurs se demandent si les idées hypochondriaques de leur malade n'ont pas été « amorcées » justement par le sentiment des perturbations réelles qui s'opèrent en fait dans la nutrition des tissus. Malheureusement ici l'examen du tube digestif n'a pas été pratiqué avec assez de soin.

LA FORME MÉDICALE DE L'HYPOCHONDRIE de M. le Professeur Albert Robin, n'a de particulier que les propor-

tions invraisemblables qu'elle prend chez les médecins qui se croient atteints d'affections incurables, abandonnent leur profession et nourrissent des idées de suicide.

M. Albert Robin cite à ce propos l'observation d'un médecin âgé d'une quarantaine d'années, qui avait rapidement conquis une situation importante dans la clientèle parisienne, mais qui avait, en même temps, soumis son estomac au régime le plus anormal.

« Trop occupé pour prendre ses repas à la maison, il mangeait hâtivement dans sa voiture, entre deux consultations, et subissait, du fait de sa profession, un incessant surmenage. Evidemment, il fut bientôt dyspeptique. Puis son caractère s'assombrit ; il devint irritable, s'agitant pour la cause la plus futile, en même temps que ses aptitudes au travail diminuaient au point qu'au bout de deux années environ, il dut abandonner une partie de ses occupations.

» Alors il fut saisi par l'hypocondrie ; il ne pensait plus qu'à son estomac, passait son temps à regarder sa langue, à compter son pouls, à analyser ses moindres sensations. Sa vie s'écoulait dans d'inexprimables anxiétés au sujet du choix des aliments, de l'examen de ses garde-robes. Il ne vivait plus que dans la contemplation de son estomac, lui attribuant les réactions les plus singulières, jusqu'au moment où, trouvant un jour un excès d'acide urique dans son urine, il fut convaincu qu'il était devenu albuminurique et l'hypocondrie atteignit alors son apogée. Il abandonna complètement sa clientèle et se confina chez lui, avec la certitude que ses jours étaient comptés. A ce moment, survint dans sa vie intime un

immense bouleversement qui l'obligea à quitter Paris et à s'occuper de graves affaires ; grâce à cette diversion, il reconquit un peu de santé, consentit à se laisser soigner passivement, et reprit peu à peu toute son activité professionnelle. »

L'HYPPOCHONDRIE CIRCULAIRE de M. le Professeur Albert Robin. Dans cette forme les crises d'hypochondrie alternent avec des périodes où la mentalité est tout à fait régulière.

« Depuis plus d'un an, écrivait un malade à M. le Professeur Albert Robin, je souffre d'une sorte de névropathie pénible qui me prend tous les deux jours et revient avec une implacable régularité. Le soir du bon jour, je me couche en bonne santé et humeur, ayant pu m'occuper avec plaisir, sans craintes ni soucis. Mais, entre cinq et six heures du matin je me réveille avec une vive agitation. Je suis assailli par des idées tristes, et il m'est impossible de me rendormir. Je me lève, la tête engourdie sans douleur réelle, et pourtant je puis à peine m'occuper, même à une lecture peu fatigante. N'ayant de goût à rien, j'éprouve un découragement insupportable ; tout m'apparaît sous un jour sombre. J'évite la présence de toute personne, même chère ; je crains d'être dérangé. Je voudrais m'occuper, je n'y parviens pas. Me promener, monter à cheval, m'est impossible. Redoutant tout, je ne sais que faire de ma pauvre personne. Ce lamentable état dure toute la journée avec quelque rémission quatre ou cinq heures après les repas, tandis que le maximum d'abattement et d'inquiétude les suit immédiatement. Je mange sans goût ni appétit. Je me couche

fatigué et m'endors aussitôt. Si je me réveille pendant la nuit, je suis calme, sans idées noires, et la journée du lendemain va se passer sans fatigue ni malaise. » Ce malade avait suivi bien des traitements sans résultat. Quand on s'attaqua à son état gastrique, les symptômes allèrent en s'atténuant. Aujourd'hui il est rétabli et a repris à peu près son train de vie. (Albert Robin).

MALADIE CÉRÉBRO-GASTRIQUE DE LEVEN. — (*Névropathie cérébro-viscérale de Grasset*). — Leven a isolé, pour la première fois, sous le nom de maladie cérébro-gastrique l'ensemble des modifications de la mentalité que l'on observe communément chez certains dyspeptiques et qui donne à leur expression morbide une si particulière physionomie : la sensibilité, les facultés de l'esprit, les instincts, les organes des sens, la motilité, le sens musculaire sont fonctionnellement troublés, sans que la raison subisse aucune atteinte.

Le malade sent son cerveau lourd et brûlant, ou bien il ressent dans la tête, surtout au moment de la digestion, un vide terrifiant. Il pense avec difficulté et ne peut point fixer son attention sur une idée, sur une lecture, sur un spectacle. Il parle avec difficulté ; souffre de la tête en parlant et éprouve de temps en temps, au milieu d'une conversation, une sorte de vide subit dans la tête qui lui fait perdre le fil de la conversation. La volonté est profondément atteinte. La marche est indécise ou titubante, la station debout manque de stabilité, les muscles sont agités par des tressaillements involontaires, les crampes sont fréquentes et douloureuses.

« Les impressions que le monde extérieur envoie au cerveau ne sont plus reçues comme dans l'état de santé. Un rayon lumineux vif, un son éclatant, une odeur forte sont une cause de souffrance, donnant le vertige ou une sensation de faiblesse. L'état cérébral réagit sur chacun des sens. L'œil voit mal les objets : ils sont cachés par un nuage plus ou moins épais ; ils se dessinent par plusieurs images à la fois ; un rayon lumineux vif s'efface lentement de l'œil ; la vue s'affaiblit ; le malade a de la peine à lire parce que les lettres dansent au-devant des yeux et, quand le trouble cérébral est devenu plus intense, il ne peut plus lire du tout. J'ai observé des cas d'amaurose passagère. Des *hallucinations* de la vue peuvent se produire à l'heure où se manifestent les phénomènes de la dyspepsie. Un malade de mon hôpital avait chaque jour, à quatre heures de l'après-midi, des hallucinations qui l'incommodaient fort ; dès que l'estomac fut guéri, les hallucinations disparurent.

« Le tympan devient excitable comme la rétine ; un son fort et douloureux s'efface lentement ; l'oreille gauche est occupée par un bourdonnement, durant quelques heures au début, mais qui deviendra continu, si la dyspepsie n'est pas traitée ; il s'étendra même à l'oreille droite. A la longue, l'ouïe devient très dure ; ce genre de *surdité* n'est pas rare dans les dyspepsies anciennes.

« Les désordres du sens du tact consistent en une hypéresthésie de la peau et des muscles du côté gauche ou du côté droit du corps ou en une hypéresthésie généralisée si la dyspepsie est de vieille date ou très aiguë, en sensations électriques sur la peau, en démangeaisons in-

tolérables. Le goût et l'odorat sont altérés aussi et sont sujets également à de véritables hallucinations. » (Leven).

La petite hypocondrie, correspond pour G. Lion à l'ancienne neurasthénie des auteurs et fait partie de la psychasthénie de Janet. Elle est très fréquente et a d'étroits rapports avec les maladies du tube digestif. Les malades commencent par avoir simplement une gastro-névrose d'origine gastrique, puis « sous l'influence de la persistance des causes ayant amené cette forme de gastro-névrose, sans troubles mentaux accentués, ou à l'occasion de causes nouvelles, et particulièrement du découragement suscité par des essais infructueux de traitement, l'état psychique s'accroît, les préoccupations hypocondriaques deviennent une véritable obsession : les malades se transforment en parapsychosés. Plus exceptionnellement la maladie se présente d'emblée sous la forme de parapsychose. » (Hayem et Lion).

XVI. Confusion mentale. — La confusion mentale (démence aiguë d'Esquirol ; stupidité de Georget ; torpeur cérébrale de Ball, etc.) est « un trouble psychique caractérisé, comme le nom l'indique, par la confusion des idées, l'impossibilité de les coordonner et d'apprécier exactement la nature des impressions perçues, sans trouble émotionnel au moins constant et fondamental. Il s'agit d'une obnubilation, habituellement transitoire, des facultés intellectuelles, d'un état de torpeur cérébrale ou de démence aiguë, le mot aigu impliquant ici que la

trouble se développe d'ordinaire assez vite et n'est pas irrémédiable comme celui qui caractérise la démence proprement dite. » (Gilbert Balet). Dans la confusion mentale, comme l'a fort bien dit Delasiauve, il y a torpeur intellectuelle, absence plus ou moins absolue d'idées ; l'exercice de la pensée est entravé ou aboli.

La confusion mentale paraît bien, dans certains cas, être directement fonction des troubles digestifs. Dans des cas simples il arrive fréquemment qu'après un repas et même lorsqu'il semble calme extérieurement, le dyspeptique ne peut se livrer à aucun travail ni s'endormir, parce qu'il n'est pas maître de régler le cours de ses pensées ; il essaie en vain de faire appel à sa volonté pour maîtriser le flot des idées qui se pressent tumultueusement dans son cerveau ; le vouloir, comme les autres fonctions intellectuelles, ne répond pas chez lui à l'appel. Il se tourne et se retourne dans son lit, allume une lumière pour lire et faire diversion au cours de ses pensées, mais il ne peut saisir le sens des mots ou l'enchaînement des idées de l'auteur et, à travers les lignes du livre, son cerveau excité voit une foule de mots incohérents qui n'ont aucun rapport avec sa lecture. Ce n'est qu'à la longue et au bout de plusieurs heures, après avoir passé en revue les moindres événements de la journée et s'être arrêté aux plus futiles possibilités à venir qu'il s'endort et souvent pour tomber en proie à un cauchemar terrifiant.

D'autres malades n'ont ni mémoire, ni attention ; leur langage est décousu ; leurs idées s'entremêlent. Ils vivent dans un état de rêve, avec des hallucinations de la

vue et de l'ouïe. Ces formes simples, quand elles sont d'origine gastrique, guérissent rapidement et leur durée ne dépasse guère six semaines. Les formes fébrile et stupide reconnaissent rarement l'étiologie gastrique.

On pourrait dire, d'une façon générale, que la confusion mentale revêt une forme aiguë ou subaiguë, suivant qu'elle est le fait d'une maladie infectieuse à marche rapide ou d'une auto-intoxication à évolution plus lente. Il n'y a cependant pas un rapport absolu entre la durée, la gravité de l'état confusionnel et la marche lente ou rapide de la maladie « physique » en cause. L'influence mystérieuse de la prédisposition intervient ici et plane encore sur l'étiologie tout entière. Suivant la prédisposition du terrain, l'aptitude originelle, la résistance et la vitalité des éléments cérébraux, la confusion variera dans son intensité et sa durée, comme aussi dans sa terminaison.

La CONFUSION MENTALE AIGÜE PAR RÉTENTION FÉCALE a été étudiée par Hutchinson, Bridger, Pierret et Feyat, Wagner von Janregg, Alessi, Fürst et Stölcher, Solder. Les études expérimentales de Bouchard et de ses élèves, ont démontré qu'il existe dans le contenu intestinal une foule de substances toxiques dont la nature et le mode d'action ne sont encore qu'imparfaitement connus.

Les matières renfermées dans le gros intestin, après de longues et patientes recherches faites par M. Bouchard, ont été reconnues comme possédant une grande toxicité. Si l'intoxication ne se manifeste pas avec plus de fréquence et plus d'intensité, c'est que le foie arrête et neutralise en grande partie les poisons intestinaux et

que, le rein principalement, élimine au fur et à mesure ceux qui pénètrent dans la circulation générale.

Mais la protection exercée par ces organes peut devenir insuffisante soit qu'ils deviennent malades pour d'autres motifs, soit que la quantité des poisons stercoraux absorbés augmente notablement.

Cette dernière condition se trouve réalisée dans la constipation.

Dans certains cas typiques, dit Féyat, à propos de certaines formes de psychose, la rétention fécale domine la scène et le malade est sous le coup d'une véritable intoxication qui commande en grande partie, sinon en totalité, les troubles cérébraux. Les idées délirantes sont variables, souvent incohérentes, il existe aussi une sorte de subdelirium, des rêvasseries ; les malades sont souvent plongés dans la torpeur qui peut aller jusqu'au coma ; souvent l'état dépressif est précédé d'une phase d'excitation qui peut être intense. On observe des troubles vaso-moteurs : les extrémités sont froides, couvertes d'une légère couche de sueur ; cette transpiration peut être plus abondante au visage et sur le haut du tronc ; il existe de l'insomnie ou une somnolence continue ; le mal de tête est fréquent : la langue est couleur de lavure de chair ; l'appétit est diminué ou aboli, peu de symptômes du côté des voies digestives...

Le gros intestin, surtout le rectum, est rempli de matières dont l'expulsion est suivie de la disparition des symptômes. »

Pour cet auteur la constipation peut à elle seule ou sous l'influence de l'hérédité créer de toutes pièces les

troubles mentaux. Dans un grand nombre de cas elle contribue au moins à les entretenir.

L'état mental et l'état de constipation ont très souvent une courbe parallèle et le traitement de la constipation améliore l'état nerveux ou mental, alors que les médicaments réputés actifs vis-à-vis du système nerveux sont restés impuissants.

Plus récemment, Demay admettait parmi les confusions mentales nécessitant le transfert à l'asile (forme grave de cet auteur) celles qui sont dues à une intoxication digestive par insuffisance de la fonction antitoxique capitale de la muqueuse intestinale.

Symptômes. — « Cette psychose, dit Régis, peut être précédée d'une période d'*invasion* avec troubles de la santé générale, perte d'appétit, tristesse, inquiétude, insomnie et surtout céphalalgie intense et rebelle. Le plus souvent le début est brusque, nocturne ou diurne, caractérisé parfois par des attaques convulsives ou de la tétanie. Très vite, l'accès atteint sa plus haute intensité. Comme l'accès d'alcoolisme qu'il rappelle parfois trait pour trait, il se présente sous une forme subaiguë, aiguë, ou même à la façon du délire aigu. Comme l'accès d'alcoolisme aussi, il est constitué par un délire hallucinatoire à caractère professionnel ou terrifiant, avec prédominance de fausses sensations visuelles, représentant une sorte de rêve en action (*délire onirique*). Les malades sont obtus, désorientés, paraissent déments, et certains, avec des tremblements fibrillaires, de la difficulté de la parole, de l'inégalité pupillaire, ont l'air de paralytiques généraux. D'autres, comme dans le cas de Morallié et Itala, réalisent le complexe du méningisme.

« Avec les symptômes cérébraux, on constate des phé-

nomènes d'ordre physique caractéristiques. D'abord des symptômes généraux : amaigrissement, fièvre plus ou moins marquée, pouls rapide, céphalalgie intense. Puis des symptômes locaux : météorisme, tuméfaction dans la fosse iliaque droite, sensibilité abdominale, douleurs à la pression sur le trajet colique, arrachant des cris aux malades en leur faisant faire la grimace, foie douloureux, estomac débile. Enfin urines typiques, contenant une grande quantité d'indican, de l'acétone de l'acide β —oxybutyrique, parfois aussi un peu d'albumine ou d'urobiline, parfois aussi ce qui n'est pas rare, le foie et le rein sont pris dans l'auto-intoxication.

« Dans certains cas la psychose aiguë par coprostase se termine par la mort ; la plupart du temps, pour si grave qu'elle paraisse, elle guérit et souvent grâce à une purgation énergique ou à une débâcle spontanée ; mais les rechutes et les récidives ne sont pas rares. » (Laignel-Lavastine).

LA CONFUSION MENTALE PAR INSUFFISANCE HÉPATIQUE est classique depuis les travaux de Klippel, Régis, Gilbert Ballet, Léopold Lévi, Maurice Faure, Vigouroux, Juque-
lin, Laignel-Lavastine, Guichard (de Lyon), etc.

« La forme *simple* se caractérise par des phénomènes d'obtusion, d'obnubilation, sans délire ni hallucinations bien nettes, qui donnent aux malades l'aspect de déments. C'est ce qu'on voit, en général, dans les affections chroniques du foie. Dans les cas d'insuffisance hépatique aiguë plus ou moins brusque et passagère, à la confusion mentale s'ajoute le *délire onirique*, avec cauche-

mars, hallucinations à prédominance visuelle, mobiles, professionnelles, pénibles ou terrifiantes.

« La confusion mentale *aiguë d'origine* hépatique ne diffère de la variété précédente que par son degré d'intensité. Tantôt elle affecte la forme de stupeur avec suppression complète de toute activité et parfois même cataplexie ; tantôt elle revêt le type du *délire aigu* avec température au-dessus ou au-dessous de la normale, tantôt elle réalise une pseudo-paralysie générale, tantôt une excitation faite d'agitation motrice, de lagorrhée, d'euphasie, l'emporte tant dans le tableau clinique sur la confusion qu'on ne peut s'empêcher de penser à la manie. » (Laignel-Lavastine).

XVII. Etats mélancoliques. — La mélancolie (Lypémanie d'Esquirol) est une affection mentale caractérisée par la dépression avec sentiment d'impuissance morale. (Gilbert Ballet) ; pour Capgras (th. Paris 1900), elle serait un *syndrome* qui, chez l'adulte, se retrouve dans les multiples expressions de la folie et qui n'a point de valeur intrinsèque. C'est l'excitation avec dépression affective de Deny.

Gilbert Ballet distingue la mélancolie proprement dite du délire mélancolique et des états mélancoliques secondaires. Pour lui, la mélancolie est une « psychose qui procède par accès, quelquefois uniques, souvent récidivants, susceptibles de guérir d'une façon complète ou de passer à l'état chronique. » « Dans toutes les formes de la maladie, dit Griesinger, la lésion fondamentale consiste dans l'existence morbide d'une émotion pénible,

dépressive, qui domine le sujet, dans un état de douleur morale. »

Elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Le trouble fondamental est d'ordre affectif. Il se traduit par un sentiment de douleur morale intense, d'invincible tristesse et d'impuissance marquée. La mélancolie paraît n'être que l'exagération morbide de la tristesse habituelle aux dyspeptiques. Les malades se plaisent dans leur tristesse. Ils recherchent toutes les occasions qui se présentent de réveiller ou d'accentuer leur douleur morale. Ils pèsent d'un même poids les tourments de la vie, et sont souvent plus accablés par un incident futile que par un malheur véritable : à un degré plus accentué, ils deviennent misanthropes, se croient persécutés, perdent tout ressort moral, sont hantés de scrupules, d'idées de responsabilité, de culpabilité ou même d'idées délirantes passagères, se figurent qu'ils n'ont plus d'estomac, puis arrivent à l'état d'angoisse, refusent les aliments et finissent quelquefois par le suicide. (Albert Robin).

A l'état normal, l'ensemble des sensations plus ou ou moins obscures dérivées des organes internes et qui constitue l'état cénesthésique se traduit par un sentiment général de bien-être. Dans les affectionns ou syndrômes à type dépressif, au contraire, l'état cénesthésique devient un état pénible auquel concordent les sensations venues des divers appareils, et principalement du tube digestif. (Hayem et Lion).

La *dépression mélancolique simple* ou avec conscience est souvent difficile à distinguer de la neurasthé-

nie, au point que des auteurs, comme Régis et Boimis, décrivent chez les dyspeptiques, des formes mixtes, dans lesquelles les deux éléments neurasthénique et mélancolique s'associent en proportions variables. »

Voivenel et Tapie observaient dernièrement une malade, « dyspeptique asthénique » de vieille date, qui a présenté au cours d'un ictère par rétention de la mélancolie délirante. Cette malade qui présentait sur le vif la transition entre la *neurasthénie simple*, la neurasthénie constitutionnelle et la *mélancolie* montre en même temps avec netteté que, dans certains cas, la mélancolie est d'origine auto-toxique (vieille dyspepsie, insuffisance hépathique, etc.)

La dépression mélancolique survient souvent par accès. « Ces troubles psychiques oscillent en sens direct ou inverse des troubles viscéraux auxquels ils peuvent même se substituer comme des sortes d'équivalent. Souvent ils se reproduisent à divers moments de la vie, sous forme d'accès de mélancolie hypocondriaque coïncidant avec une poussée plus marquée d'auto-intoxication. »

L'anxiété est d'une telle fréquence chez les mélancoliques souffrant d'affection digestive qu'il n'est pour ainsi dire pas, chez ces malades, de syndromes dépressifs qui ne soient à quelque degré des formes de la mélancolie anxieuse.

LA MÉLANCOLIE ANXIEUSE débute rarement de façon brusque et imprévue. Son apparition est d'ordinaire précédée de phénomènes morbides variés, dont l'origine remonte

souvent à de nombreuses années, phénomènes auxquels le malade n'a prêté souvent que peu d'attention ou qu'il a dissimulés à son entourage. Le plus souvent il s'agit de constipation, de troubles gastriques, d'anorexie, d'autres fois d'accidents névro-psychopathiques mieux caractérisés : sensation indéfinissable d'inquiétude, de terreur, d'anxiété avec pleine conscience réalisant le tableau clinique de la névrose d'angoisse, apparaissant et disparaissant sans cause provocatrice, ou bien ce sont des phénomènes cyclothymiques plus nets, des syndromes épisodiques obsessifs ou impulsifs dont la fréquence, l'alternance avec des crises de mélancolie anxieuse typique ont été maintes fois signalées.

1) Le début de l'accès est annoncé par un sentiment d'inquiétude, la sensation d'un malheur imminent ; le malade ne peut plus tenir en place, le sommeil lui devient impossible, quelque chose d'inexprimable s'est appesanti sur lui. Il souffre d'une façon aiguë et localise sa douleur d'ordinaire dans la région épigastrique ou dans la région précordiale : c'est un poids qui lui pèse sur la poitrine, une bête qui le ronge ou bien sa tête est serrée comme dans un étau. D'autres malades souffrent d'une façon diffuse : « partout et nulle part. » Puis apparaissent les idées délirantes ; ce sont des idées de culpabilité, d'auto-accusation extrêmement variées suivant les préoccupations habituelles, le niveau intellectuel et surtout moral du malade ; il va chercher plus ou moins loin dans ses souvenirs, des fautes réelles ou imaginaires dont le peu de gravité contraste étrangement avec l'importance qu'il leur attribue. Il est hanté par le regret

obsédant du passé qui était si beau... Souvent l'anxieux hypocondriaque croit avoir contracté son mal mystérieux et inguérissable par sa propre faute ; à l'heure actuelle, sa santé est perdue, tel ou tel de ses organes est gravement attaqué et il est impossible d'y apporter remède, car il a attendu trop tard et méconnu les conseils de son médecin.

Toutes les impressions sensorielles ou sensitives normales sont perçues de façon inaccoutumée.

On voit donc toutes les transitions, des accès d'angoisse transitoire au cours de la dépression mélancolique aux formes les plus intenses de la mélancolie anxieuse avec agitations, gémissements, tendance au suicide et aux auto-mutilations. Un malheureux dyspeptique, en proie à des souffrances physiques et morales constantes, ayant la haine de ses semblables et du monde qui l'entoure, accablé souvent de remords exagérés pour telle action qu'il a commise ou telle mauvaise pensée qu'il a eue, s'abandonne à l'idée fixe d'en finir avec la vie et a recours au suicide.

Blanc Champagnac en rapporte un cas dans sa thèse. Bouchard dit avoir observé quelques malades ayant des idées de suicide qui étaient évidemment liées à une dilatation de l'estomac. Brierre de Boismont dit que dans les cas de suicide brusque, sans aucun motif, l'expérience apprend qu'il existe toujours un état maladif somatique. Loiseau cite l'histoire d'un malade qui mit son idée à exécution. Agé de 50 ans, souffrant de digestions pénibles et lentes, n'ayant plus de sommeil, le malheureux disait : « Oui je suis bien en ce moment ; je m'entretiens

avec vous avec la plus grande liberté d'esprit, qu'un gaz se déplace dans mon abdomen et me cause une sensation pénible, aussitôt l'idée du suicide survient ; je cherche en vain à m'y soustraire, elle me domine aussi longtemps que je souffre dans l'abdomen. » Cet homme qui aurait dû être heureux, puisqu'il avait de la fortune, une femme et des enfants qu'il affectionnait et qui l'adoraient, parvint un beau jour à tromper la surveillance des siens et s'ouvrit les veines jugulaires avec de petits ciseaux. Amelung, cité par Pron, dans un mémoire publié en 1844, rapporte un cas de lypémanie, suicide lié à un embarras gastrique et qui céda à un émetto-cathartique.

MÉLANCOLIE DÉLIRANTE. — Ici dominant les « idées de ruine, de découragement, de culpabilité, de défiance, d'empoisonnement, avec inquiétude, insomnie, refus d'aliments, tendance plus ou moins marquée au suicide ; le tableau coïncide avec des perturbations fonctionnelles évidentes du tube digestif ». (Laignel-Lavastine).

Le *Syndrome de Cotard* ou délire de négation paraît relativement assez fréquent dans les affections digestives et particulièrement dans les troubles gastro-intestinaux très évidents (Régis). Les malades nient leurs organes parce qu'ils ne les sentent plus, parce qu'ils ont une véritable anesthésie viscérale constatable, chez beaucoup, par un manque total de réaction des muqueuses aux divers excitants. Chez eux, le refus d'aliments est total et porte indistinctement sur tous les aliments ; les malades refusent de manger parce qu'ils n'ont pas d'estomac,

parce que les damnés ne mangent pas, parce qu'ils n'ont point de quoi payer... Le persécuté, au contraire, examine soigneusement ses aliments, cherche ce qui lui paraît bon, rejette ce qui lui paraît suspect ; quand, par hasard, il rencontre des aliments qu'il suppose indemnes de tout poison, il mange avec voracité. En général, le refus des aliments est partiel chez le persécuté.

Pour Castin, ce syndrome serait une affection mentale distincte secondaire à la mélancolie intermittente ou à l'hypocondrie systématique, telle que l'a décrite Ségla. La constipation, l'anxiété, l'insomnie sont constantes. L'attitude et l'expression d'horreur des malades seraient tout à fait caractéristiques.

Ce serait donc surtout chez ces mélancoliques anxieux avec négation générale, réalisant le syndrome de Cotard, que les idées hypocondriaques de négation revêtraient déjà, par elles-mêmes, un pronostic très défavorable.

La plupart des auteurs avec Leven, Pierret, Albert Robin, Régis, Laignel-Lavastine, sont actuellement d'accord sur la conduite à tenir en présence d'un mélancolique chez qui, par l'examen somatique ou par un examen approfondi des anamnétiques on est arrivé à soupçonner la genèse du mal liée à des troubles de tout ou d'une partie de l'appareil digestif. Taillens (de Lausanne) rapporta dernièrement l'observation fort significative d'une malade dont l'état était si sérieux que l'internement dans un asile d'aliénés avait été conseillé à diverses reprises ; il suffit de guérir le trouble digestif marqué

qu'elle présentait pour voir rétrocéder et disparaître tout symptôme mélancolique.

« Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, originaire d'une ville de la Suisse allemande, et que nous voyons pour la première fois en septembre 1910. Ses parents sont vivants et bien portants ; à part les maladies de l'enfance, elle a joui d'une bonne santé jusqu'il y a quelques mois.

Pendant l'hiver 1909-1910, cette jeune fille a beaucoup travaillé, désirant ardemment passer un examen de maturité classique en avril 1910 ; elle a pu du reste y parvenir, et ceci avec un plein succès.

Au cours des derniers mois de l'hiver, le caractère de cette jeune personne a commencé à se modifier ; enjouée et gaie auparavant, elle est devenue peu à peu sombre, encline à la tristesse, préoccupée. A ce moment-là, sa famille n'y porte aucune attention spéciale, car elle met tous ces symptômes sur le compte de la fatigue et de la crainte de l'examen. Peu à peu, cependant, cet état s'accroît et, en avril, une fois l'examen terminé, il devient véritablement grave et tourne à la mélancolie confirmée. La jeune fille ne rit ni ne sourit jamais ; elle ne parle que peu ou pas du tout ; elle fuit le monde, elle ne veut plus voir même ses amies les plus intimes ; elle dort mal, devient de plus en plus inactive et a des idées noires ; tout cela préoccupe sérieusement ses parents, d'autant plus qu'elle parle à différentes reprises de se suicider, aussi la surveille-t-on de très près.

Depuis avril à septembre, cette jeune fille a été conduite chez différents médecins ; les uns ont conseillé l'in-

ternement dans une maison de santé, ce à quoi les parents se sont refusés ; les autres ont prescrit divers traitements, sans amener la moindre amélioration ; même les voyages furent essayés, sous prétexte de changer les idées, sans aucun résultat du reste. C'est à ce moment-là que la jeune malade m'est amenée.

Cette dernière, lorsque je la vois, ne se plaint d'aucune douleur physique ; moralement, elle est très triste, très abattue et n'a de goût pour rien ; elle est lasse de la vie, elle n'a aucun désir, sinon de mourir. Son visage est sombre, les traits sont tirés ; elle ne répond que lentement aux questions qui lui sont posées ; il semble que chaque parole lui coûte un effort pénible. Quand on parle devant elle, elle se désintéresse absolument de la conversation et reste immobile, la tête penchée. Au dire de sa mère, elle n'a point d'appétit, elle a beaucoup maigri, elle a beaucoup changé de visage et d'expression depuis le début de sa maladie.

Bref, elle présente tous les signes d'une mélancolie simple : oppression, anxiété, abattement, tristesse invincible, lenteur de l'intelligence, paresse des mouvements, volonté engourdie, crainte de l'effort, insomnie rebelle.

A l'examen physique, je constate ce qui suit : La malade est amaigrie, le teint est gris jaunâtre, les yeux sont cernés ; la langue est couverte d'un enduit blanc jaunâtre épais, l'haleine est mauvaise. L'examen du cœur et des poumons ne décèle rien d'anormal. L'abdomen est dur et tendu et accuse par places une sensibilité anormale à la pression ; c'est le cas, par exemple, au niveau du foie ; celui-ci est un peu augmenté de volume, car il

dépasse le rebord costal d'un travers de doigt ; sa surface est lisse, son bord tranchant. La tonicité et la consistance abominales sont inégales, en ce sens que, suivant la place, le ventre est dur ou mou, rénitent ou flasque, avec tous les degrés intermédiaires ; la fosse iliaque droite, en particulier, est trop résistante et trop dure, sans qu'on puisse cependant parler d'une tuméfaction profonde. Il est donc incontestable que la malade souffre d'un trouble digestif, portant surtout sur l'intestin et sur le foie. Une analyse d'urine, pratiquée le 30 septembre 1910, donne les résultats suivants :

Urine trouble, chargée, trop colorée, hyperacide ;

Dépôt rose brique, abondant, d'urates acides ;

Densité 1.032 ;

Fort excès de sulfo-conjugués et d'urobiline ;

Présence d'uroérythrine et d'albumose.

En résumé, l'analyse d'urine confirme l'examen clinique et montre qu'il y a, en tout état de cause, un trouble profond de la digestion.

Pensant que de toutes manières il importait avant tout de rétablir le processus digestif, je prescrivis un régime alimentaire, des poudres de saturation, des laxatifs légers et une bonne hygiène générale.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration digestive fut rapide ; en quelques semaines la langue se décharge, l'haleine devient fraîche, les selles se régularisent et deviennent copieuses, l'urine s'éclaircit et devient abondante ; à la palpation, je constate, après trois semaines, que le foie ne dépasse plus le rebord costal, il est indolore, même à une pression forte. Peu à peu,

l'abdomen, en totalité, reprend une consistance normale. Une analyse d'urine, faite le 3 novembre 1910, c'est-à-dire cinq semaines après le début du traitement, indique ce qui suit :

Urine claire, limpide ; coloration et acidité normales.

Densité : 1.012.

Plus de sédiment du tout.

L'analyse chimique est absolument normale. Chose remarquable, à mesure que l'état digestif retrouvait sa norme, l'état nerveux s'améliorait. Les idées noires disparaissent peu à peu, le sommeil revient, tranquille et calme. La jeune fille reprend de la gaieté, si bien que, au commencement de novembre, elle demande elle-même à passer l'hiver à Lausanne, dans un pensionnat, afin de compléter son étude de la langue française. Sa mère accède à ce désir, et rentre chez elle, laissant sa fille seule, ce qu'elle n'avait pas osé faire depuis sept mois. Le caractère de la jeune malade est tout à fait normal : elle est gaie, pleine d'entrain, et ne présente plus aucune anomalie mentale.

Le traitement est continué pendant quelques mois, avec des atténuations graduelles, pour revenir, en mars, à la vie et à l'alimentation normales. Actuellement, soit au début de juillet 1911, la guérison s'est maintenue complète. »

XVIII. L'anorexie mentale de Charcot. — (*Anorexie hyscénesthésique de Gilbert Ballet*, 1907 ; *Anorexie psychique de Cade*, 1910). — L'anorexie mentale consiste

dans la perte progressive de la représentation mentale de l'appétit. (Déjerine).

C'est le type le plus important de parapsychose (Hayem et Lion) d'origine digestive.

Entrevue par Briquet, Gull, elle fut surtout étudiée par Lasègue, Quain, Greenhow, Douse, Huchard et Deniau, Rosenthal, Dubois, Déjerine. Attribuée depuis Lasègue à l'hystérie elle fut rangée parmi les psychoses par Déjerine et reconnaît pour d'autres pour cause une insuffisance ovarienne (Weil, de Lyon), ou même une tuberculose latente (C.-F. Marshall, 1895). Les phénomènes dyspeptiques, la gastralgie, les vomissements paraissent cependant jouer un rôle indiscutable et en Allemagne, Rosenthal classe cette maladie parmi les névroses de l'estomac et l'attribue à une hyperesthésie des terminaisons gastriques des nerfs de la X^e paire, hyperesthésie développant une sensation insolite et très précoce de satiété.

Pour M. le Professeur Hutinel, les causes peuvent être de divers ordres : des *douleurs d'estomac* que le malade croit éviter en se privant d'aliments, plus souvent des causes d'ordre moral, déboires, chagrins, etc., ou la coquetterie en faisant limiter par trop les rations alimentaires pour maigrir ou pour ne pas engraisser.

Dans une observation rapportée par Féré et Girou, une jeune fille de 20 ans ne présentant pas de stigmates d'hystérie, désirant simplement maigrir, provoque des vomissements quotidiens aussitôt après ses repas ; après quatorze mois, l'anorexie s'établit.

Pour Hayem et Lion « ces malades sont toujours des

gastropathes, assez souvent des débiles entachés de ptoses, à digestion gastrique lente, pénible, rarement franchement douloureuse. Le cycle digestif peut être très prolongé ; cependant l'estomac est généralement vide le matin, sauf dans les cas de gastropathie très ancienne ayant déterminé une forte atonie avec atrophie du muscle. »

L'anorexie mentale s'observe surtout chez les jeunes filles (Lasègue, Gasne, Dutil et Laubry, Gilbert Ballet, André Thomas, Comby, Hutinel, Tarrius, Bérillon, Féré et Girou, Raymond, Solier, Régis, Déjerine et Gauckler) ; le plus souvent à partir de l'âge de douze ans (Lasègue) ; mais Kizel signale un cas chez une jeune fille de onze ans, Boulade chez une fillette de neuf ans, Forchheimer chez une autre de sept ans et Buffet-Delmas, Comby, Hutinel des observations nombreuses chez des nourrissons. Caryophylis et Blum (in *th.* Samy Kâmal) semblent l'avoir observée chez des hommes.

Symptomatologie. — La maladie éclate à la suite d'une vive contrariété ou d'une fatigue. Une fois l'état mental déclaré, les malades refusent de s'alimenter et l'affection reproduit le tableau magistralement tracé par Lasègue.

Au début, la jeune fille réduit sa nourriture qualitativement et quantitativement et moins elle mange, moins elle a d'appétit. Tout d'abord elle est docile et consent à manger quand on le lui dit puis se révolte et refuse les aliments, présentant même souvent du *délire d'indignité*. Longtemps elle peut mener une vie normale, l'état général restant bon. Puis elle refuse absolument de s'alimenter ; se fatigue vite et devient sujette aux verti-

ges ; ses mains sont froides, humides et cyanosées, elle maigrit, présente de l'aménorrhée, des signes d'anémie, des souffles vasculaires. Dans une troisième période survient la consommation : la malade ressemble à une phthisique avancée, avec émaciation extrême, hypothermie, tachycardie, etc.. Souvent alors la malade, devenue plus docile, consent à se laisser soigner, mais les *rechutes* ne sont pas rares.

« La méconnaissance de l'anorexie mentale, dit M. le Professeur Déjerine, est d'autant plus grave que les malades qui en sont atteints peuvent mourir d'inanition. » Le *pronostic* doit être toujours réservé ; en effet, des complications digestives et la tuberculose peuvent venir se greffer sur ce terrain rendu propice et Charcot, Raymond, Gasne ont signalé des cas de *mort*.

Le traitement doit être surtout prophylactique : soigner les lésions digestives s'il y en avait, empêcher leur apparition forcée chez des personnes se soumettant volontairement à l'inanition en leur prescrivant un régime convenable, etc. Une fois la psychose déclarée : isolément dans la famille, psychothérapie, suggestion et surtout alimenter le malade (même suralimenter), et si besoin est recourir au gavage ou aux lavements alimentaires jusqu'à disparition de la psychose. Dans un cas dernièrement signalé, Buffet-Delmas aurait fait chez un nourrisson 2050 gavages et est parvenu à vaincre la psychose. « La thérapeutique de l'anorexie mentale est celle qui donne les plus beaux résultats. » (Déjerine).

La *macropsie* (Sollier) qui consiste en ce que les aliments qu'on présente paraissent volumineux, mons-

trueux, la patiente se déclarant incapable de les ingérer, serait à rapprocher de l'anorexie mentale proprement dite ; elle reconnaît d'ailleurs les mêmes causes et est justiciable des mêmes principes de traitement.

XIX. Vomissements incessants. — Cette maladie, heureusement assez rare, se montre chez des dégénérés jeunes, parfois chez des enfants du deuxième âge. La gastralgie des jeunes hystériques est un terrain favorable pour son développement. Les malades acceptent la nourriture, mais la rendent aussitôt, avant même qu'elle soit parvenue dans l'estomac. Au bout d'un temps variable, ils tombent dans un état d'amaigrissement progressif, pouvant devenir véritablement squelettique, et meurent d'inanition comme dans l'anorexie mentale.

XX. Boulimie, faim douloureuse, etc. — Nous allons opposer ici à l'anorexie mentale et aux vomissements incessants, les cas d'exagération d'appétit qui chez certains malades, par le degré de leur acuité et bizarrerie prennent un véritable aspect de syndrome psychique et qui tiennent selon toute vraisemblance à des dérangements du tube digestif.

Beard raconte l'histoire d'un neurasthénique qui atteint d'accès de boulimie nocturne, ne pouvait s'endormir qu'à la condition d'avoir à côté de son lit un repas tout prêt ; d'autres dyspeptiques souffrent d'une *faim douloureuse*, sensation de faim plus ou moins prononcée, accompagnée de crampes, d'endolorissement du creux épigastrique.

La *faim nauséuse* avec sensation indéfinissable de malaise et de dépression ; la *faim anxieuse* ou angoissante de Mathieu, véritable phobie de la faim, qui met parfois les malades dans un état d'angoisse fort pénible avec sueurs froides, tremblements, impulsion irrésistible à se procurer des aliments, jusqu'à la *polyphagie* ou *acorie*, c'est-à-dire diminution ou abolition de la sensation de satiété, peuvent être assez souvent observés chez des malades atteints de dilatation gastrique.

XXI. Manie et délire aigu. — On comprend sous cette dénomination les conceptions délirantes, idées fixes, idées bizarres, la perte de l'attention, l'incohérence et l'agitation avec mouvements automatiques et répétés.

Le mot *manie* peut être pris dans une double acceptation : syndromique et nausologique. Envisagée en tant que syndrome, la manie est caractérisée, comme l'a dit Baillager, « par une surexcitation générale et permanente des facultés intellectuelles et morales. »

Le délire émotif, dit Morel, est caractérisé par la facilité avec laquelle les malades subissent une impression d'un ordre déterminé et y confondent soudainement leurs pensées, sans que le raisonnement et l'expérience leur viennent en aide pour rectifier ces impressions et chasser les terreurs vaines qui les assiègent. On connaît les accès que donnait au savant Erasme, la vue d'un plat de lentilles, celle du cresson de fontaine au célèbre Scaliger. Sénac cite des faits analogues à propos de Paoli et d'autres personnages. Pierre Bayle était pris, dit-on, de syncopes lorsqu'il ouvrait un robinet. L'illus-

Fre Bacon éprouvait, affirme-t-on encore, un état de syncope pendant les éclipses de lune. Le roi Jacques II tremblait à l'aspect d'une épée nue, et la vue d'un ânon suffisait, dit la chronique du temps, pour faire perdre connaissance au duc d'Epéron.

Willis, dit Griesinger, rapporte l'exemple d'une dame dont la santé était altérée : « Un jour, en mangeant un gâteau, elle fut prise d'un sentiment de chaleur brûlante dans la région épigastrique. Il s'ensuivit un *délire sensoriel* instantané. Elle s'imaginait que la partie inférieure de son corps était en feu. Elle prit son élan, se précipita dans la rue en criant qu'elle était maudite de Dieu, damnée et qu'elle ressentait déjà les supplices de l'enfer. Le même délire se reproduisait aussitôt que cette dame éprouvait la même sensation. »

Bayle rapporte dans sa thèse une observation de manie intermittente, due à une gastro-entérite chronique. Il s'agit d'un sellier de 48 ans, sans antécédents, mais de santé délicate, de son naturel doux et modeste. Il suivait depuis longtemps un régime irrégulier et ne mangeait qu'une fois par jour, à six heures du soir. Au début de septembre, il est pris de nausées, il a la langue blanche et la bouche mauvaise ; il se purge avec cinq pilules de Clérambourg et il prend ensuite du quinquina.

Le 20, il est agité, il se lève, crie qu'on veut l'assassiner et l'empoisonner ; on le conduit à Charenton, on constate qu'il a la langue très rouge et de la diarrhée ; il ressent une chaleur intense à l'épigastre et il éprouve là une forte douleur à la pression ; le pouls est fréquent.

La nuit d'après, accès de manie : loquacité incohé-

rente, il sort de son lit et renverse tout ce qu'il rencontre ; on lui met la camisole de force, des sangsues à la tête et on lui donne comme boisson de la tisane d'orge.

Le lendemain, il est calme, demande pardon, dit qu'il n'est pas maître de lui et que lorsqu'il est sur le point d'avoir sa crise « il a un goût désagréable dans la bouche, éprouve de fortes nausées et sent quelque chose *qui part de son estomac, remonte à sa gorge et s'empare de sa tête.* »

Quelques jours après, il a encore une crise ; on le met à la diète et à la tisane d'orge. Le 11 octobre, le malade est guéri et demande à retourner dans sa famille.

« Cette observation, dit Bayle, nous offre un exemple de délire sympathique que personne n'oserait révoquer en doute. Le malade était affecté depuis longtemps d'une gastrite chronique, qui est tout à coup exaspérée au plus haut degré par les pilules drastiques et le quinquina qu'on lui a administrés. Dès ce moment, l'irritation de l'estomac retentit dans la plupart des organes : la fièvre, les sueurs, le délire se déclarent. Mais le désordre des facultés a une telle analogie avec l'aliénation mentale essentielle que le malade est déclaré aliéné par les médecins de l'hospice de la Charité. Et en effet, si l'on avait ignoré les circonstances qui avaient précédé et accompagné le délire, il eût été impossible d'en assigner la véritable nature... Une remarque qu'on ne doit pas laisser échapper, c'est que le malade, à l'invasion du délire, criait qu'on voulait l'empoisonner et le faire périr. »

Tostain cite le cas d'un homme de 41 ans qui est sujet à de fréquentes attaques de folie et chez lequel on

ne peut trouver *aucune autre cause* qu'une lésion des fonctions digestives ; habituellement, il est honnête, sobre, grand travailleur, mari et père parfait. Pendant les quelques jours qui précèdent la crise, il a la langue blanche et épaisse, l'haleine fétide, il se plaint de ses digestions et d'une douleur à la région épigastrique ; puis, il souffre de la tête, il ne dort plus et ses yeux deviennent rouges. Alors il perd connaissance et entend des démons qui l'entretiennent des infidélités de sa femme.

Féyat rapporte l'histoire d'une dame (obs. IX), habituellement constipée qui est entrée à l'asile de Bron avec tous les signes d'une excitation maniaque intense, ne pouvant rester en place, arrachant ses vêtements, présentant de l'incontinence des urines, refusant les aliments parce qu'il sont empoisonnés. Elle entend sonner au feu ; les plafonds s'écroulent ; on scie les portes ; elle voit un chien couvert de feu ; toute sa famille est perdue. Elle se croit en Amérique et cherche, dit-elle, à voir la mer Rouge ; la nuit elle entend bombarder Lyon. Cet état a duré six jours, et pendant ces six jours elle n'est pas allée une seule fois à la selle, des lavements n'ayant pu produire aucun résultat.

Au bout de ce temps elle est tombée dans un état comateux. Alors on fit le curage du rectum suivi de lavages avec de l'eau de seltz ; on provoqua ainsi l'expulsion d'une grande quantité de marrons stercoraux, de couleur brunâtre, très fétides, qui devaient occuper en grande partie la cavité du petit bassin. Dès le lendemain de la décharge rectale, la malade est sortie de sa torpeur.

L'appétit est revenu rapidement, et quelques jours

après la malade était revenue à peu près complètement à l'état normal, causant très posément, ayant parfaitement conscience de son état. Au bout de deux mois elle fut considérée comme guérie.

Le délire des persécutions peut se développer à la suite de l'hypocondrie et sous son influence.

Un véritable délire hypocondriaque ou des idées hypocondriaques fréquentes, basés sur les mêmes troubles de la sensibilité générale, peuvent d'ailleurs annoncer, accompagner ou suivre un délire des persécutions commençant.

Leven (*in th. Pron*) a observé une dame de 28 ans, dyspeptique et nerveuse qui, ayant lu, un jour, qu'un chien enragé avait mordu plusieurs personnes, revoyait ce chien partout où elle se trouvait. Cette idée chronique disparut quand la dyspepsie fut guérie ; mais chaque fois que, dans la suite, elle eut une indigestion ou prit une trop grande quantité d'aliments, cette dame fut de nouveau tourmentée par l'idée du chien enragé. Le même auteur a communiqué le cas d'un jeune homme de 32 ans, qui avait des crises nerveuses, d'abord tous les quinze jours, puis de huit en huit jours ; ces crises étaient précédées, durant deux ou trois jours, de maux de tête, d'étourdissements et de vomissements ; elles consistaient en perte de connaissance pendant deux à trois minutes, contractures des membres et des mâchoires ; puis, la syncope cérébrale passée, le sujet se réveillait, parlait d'une façon incohérente pendant une demi-heure et poussait des cris horribles. Ce malade, qui prenait cinq grammes de bromure de potassium par jour, sans ré-

sultat, n'eut pas une seule crise pendant les quarante jours qu'il passa à l'hôpital Rotschild et pendant lesquels il suivit un *traitement purement gastrique* : lait, œufs, poisson, viande, trois paquets de phosphate de chaux et de sous-nitrate de bismuth par jour.

D'autres fois, une crise de vomissements, marquant la fin de l'embarras gastrique, fait cesser le délire que celui-ci avait engendré.

Stoll rapporte l'observation d'un jeune chirurgien qui fut pris d'un délire tellement violent qu'on fut obligé de lui garotter les quatre membres pour le conduire à l'hôpital ; là, on pratiqua une saignée sans succès. La langue était d'un blanc verdâtre et la fièvre peu intense ; on administra alors un vomitif et la connaissance revint au malade aussitôt après les vomissements.

Sous l'influence des idées hypocondriaques, le persécuté peut devenir homicide ou suicide ; d'autre part, des idées de satisfaction relatives à la personnalité physique peuvent amener un délire des grandeurs de même nature.

Voivenel et Roux présentent un malade atteint de débilité mentale sans signes de dégénérescence physique bien significatifs. Ce débile, qui jouissait cependant d'un sens artistique assez développé et d'une mémoire musicale particulière, fit un *délire mégalomane* sous l'influence d'excès alcooliques et de *troubles gastro-intestinaux*, qui guérit définitivement en vingt jours par la suppression de l'alcool, le régime lacto-végétarien et quelques laxatifs.

M. le Professeur Albert Robin eût l'occasion d'observer

ver le cas d'*excitation maniaque* que nous reproduisons in extenso.

« Une dame, âgée de 38 ans, à hérédité neuro-arthritique, névropathe elle-même, ayant eu dans ses antécédents personnels des coliques néphrétiques, et souffrant depuis longtemps de troubles dyspeptiques du type hypersthénique avec augmentation de volume du foie qui était légèrement sensible à la percussion, subit des chocs moraux prolongés à la suite desquels elle est prise d'*excitation maniaque* qui paraît assez grave pour qu'on l'intérne dans une maison d'aliénés, sur le conseil d'un spécialiste.

« Appelée auprès d'elle quelques mois plus tard, avec mon collègue le professeur Raymond, nous constatons un type d'*excitation maniaque*, avec l'ensemble symptomatique suivant : volubilité de paroles incohérentes et sans suite, alternatives d'*excitation* et de *dépression*, délire d'actes, crises d'érotisme, hallucinations auditives, entend des voix, ne reconnaît pas ses parents, fuit dès qu'on l'approche, puis se retourne en faisant des gestes de menaces, crache à la figure de ceux qui lui parlent, pousse des cris, se croit poursuivie, oublie sa personnalité et même son nom. Elle est en proie à une *insomnie* totale, refuse de manger parce qu'elle pense qu'on en veut à sa vie et n'est plus que l'ombre d'elle-même, tant elle a maigri.

« La langue est chargée d'un épais enduit jaune noirâtre, l'haleine est extrêmement fétide, l'estomac clapote, la constipation est intense et le foie, très sensible à la

pression, déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

« L'analyse d'urine pratiquée par M. A. Bournigault donna :

1° Le rapport de l'acide sulfurique éthérifié à l'acide sulfurique total, qui exprime le *coefficient des fermentations gastro-intestinales*, monte à 11 p. 100, au lieu de 5 à 6 p. 100. — Abondance d'*indoxyle* et de *produits scatoliques*. — Présence dans les sédiments d'une grande quantité de cristaux d'*oxalate de chaux*. (*Fermentations gastro-intestinales*).

2° L'acide phosphorique combiné aux matières organiques et le phosphore incomplètement oxydé, qui sont en rapport avec le taux de la *désassimilation dans le système nerveux*, s'élèvent à 0 gr. 0856 par vingt-quatre heures et à 0 gr. 0015 par kilogramme de poids, au lieu de 0 gr. 040 à 0 gr. 046 et de 0 gr. 0006 à 0 gr. 0007. (*Excès de la dénutrition nerveuse*).

3° L'azote total atteint 0 gr. 280 et l'urée 0 gr. 494 par kilogramme de poids et par vingt-quatre heures, soit une *azoturie* marquée, les normales étant de 0 gr. 202 à 0 gr. 220 pour l'azote total, et de 0 gr. 369 à 0 gr. 407 pour l'urée. Cette grande quantité d'azote correspondait à une destruction de 1 gr. 792 d'albumine par kilogramme de poids et par vingt-quatre heures, quand la normale est de 1 gramme environ. (*Dénutrition musculaire*).

4° Le rapport des acides sulfuriques préformé et éthérifié à l'acide sulfurique total, qui exprime l'*activité hépatique*, s'abaissait à 71 p. 100, au lieu de 88 à 90 p. 100. (*Insuffisance fonctionnelle du foie*).

5° L'acide urique était très augmenté, à 0 gr. 021 par kilogramme de poids et par vingt-quatre heures, au lieu de 0 gr. 006 à 0 gr. 0077. Son coefficient de solubilisation était diminué des trois quarts. (*Excès d'acide urique*).

« On rédigea l'ordonnance suivante :

1° *Isolement et repos* aussi absolus que possible. Au réveil un *lavement* d'un demi-litre avec de l'eau bouillie, à la température de la chambre, et qu'on gardera jusqu'à ce que la sensation de fraîcheur ait disparu. Le lavement évacué, un grand *bain tiède amidonné* avec 50 grammes de *gélatine*, d'une demi-heure de durée. (Effets : *Sédation du système nerveux*. — *Stimulation hépatique*.)

2° 30 grammes d'*huile de ricin* dans du bouillon. Les jours suivants, entretenir les évacuations alvines, en donnant, après le repas du soir, une infusion de 6 à 8 *follicules de séné lavés à l'alcool*, dans une tasse d'eau bouillante. — (Effets : *Evacuation intestinale des matières fermentescibles*. — *Légère stimulation hépatique*.)

3° *Régime exclusivement végétarien*, au moins pour un temps. Insister sur les végétaux azotés, sur les pommes de terre et sur les pâtes. Pas de beurre cuit ; ni sauces, ni fritures. Comme boisson, infusion très chaude de *tilleul* ou de *feuilles de mûrier*. Le soir avant de s'endormir, un grand verre d'eau de *Contrexéville*. — (Effets : *Diminution des purines et des toxines exogènes*. — *Elimination plus facile des toxines endogènes* et des produits irritants provenant des fermentations gastro-intestinales).

4° Pendant dix jours, prendre au réveil un demi-verre d'une macération de 1 gr. 50 de copeaux de *quassia amara*. Dix minutes avant déjeuner et dîner X gouttes de *teinture de noix vomique* dans un peu d'eau. Aussitôt après chacun des trois repas, une *poudre de petite saturation*. Au milieu du déjeuner et du dîner, un *granule de Dioscoride* avec une cuillerée à soupe d'une solution de *fluorure d'ammonium* à 0 gr. 15 pour 300 grammes d'eau distillée. — (EFFETS : *Stimulation des fonctions gastriques*. — *Saturation des acides de fermentation*. — *Antisepsie stomacale*. — *Régularisation de la nutrition nerveuse*. — *Diminution de la production de l'acide urique et solubilisation de l'acide urique formé*).

5° Les dix jours suivants, prendre, au réveil et à 5 heures du soir, X puis XV gouttes d'*extrait fluide de Combretum Rambaultii*, soit dans un demi-verre d'eau de Vichy (Grande-Grille) additionné d'une petite cuillerée à café de *glycérine pure*, soit dans une tasse d'infusion de 1 gr. 50 de *feuilles de boldo*. Avant le déjeuner de midi et le dîner une grande cuillerée de la *solution composée de sidonal* :

Sidonal.....	3 gr.
Benzoate de soude.....	5 »
Phosphate de soude.....	10 »
Eau bouillie.....	300 »

Avant de s'endormir, un grand verre d'eau de Vittel (source salée). — (EFFETS : *Stimulation de l'activité hépatique*. — *Solubilisation de l'acide urique*. — *Régularisation de l'activité nerveuse*.)

6° Ces dix jours écoulés, revenir à la médication du

paragraphe 3 et ainsi de suite jusqu'à modification ultérieure.

« Ce traitement fut poursuivi du 25 octobre à janvier, avec quelques défaillances dues tantôt à l'état mental de la malade qui refusait de s'y soumettre, tantôt à des incidents symptomatiques intercurrents.

« Il y eut aussi d'assez grandes difficultés au sujet de *l'alimentation*, surtout dans les débuts, car parfois la malade s'obstinait pendant une journée à refuser ses aliments, pour manger gloutonnement le jour suivant. Enfin, on eut quelque peine à régulariser les *fonctions alvines*, à cause d'accès de répugnance à l'égard du *séné*.

« Mais on vint peu à peu à bout de ces difficultés et, dès les premiers jours de décembre, la malade reprenait conscience d'elle-même et reconnaissait ses parents.

« Les crises d'érotisme, les hallucinations auditives avaient disparu. Elle demandait à rentrer chez elle, déclarait qu'on l'enfermait injustement et coordonnait bien ses idées. L'état général était bien meilleur, la langue bonne, l'haleine dépourvue d'odeur, l'appétit régulier et les digestions satisfaisantes. La palpation du foie n'était plus douloureuse et l'organe tendait à reprendre ses dimensions normales. Le poids avait augmenté de 3 kilogrammes. Il ne restait plus qu'une grande volubilité de paroles, une excitabilité facile à mettre en jeu, mais toujours passagère.

« Ce mieux-être marchait de pair avec une amélioration marquée du côté des *troubles de la nutrition élémentaire* sur lesquels nous avons échafaudé tout le traitement.

« Les signes de *fermentations gastro-intestinales* (excès

d'indoxyle, de produits scatoliques, oxalate de chaux augmentation de l'acide sulfurique éthérifié) avaient disparu ; la *désassimilation nerveuse* semblait *enrayée* ; l'*activité hépatique* s'était relevée sans atteindre encore la normale ; l'*acide urique* bien solubilisé ne dépassait pas son taux habituel et la *consommation totale de l'albumine* avait diminué, bien que la quantité ingérée en fut plus grande, ce qui s'accordait avec l'amélioration de l'état général.

« A partir de ce moment, le mieux ne fit que s'accroître. On vit s'atténuer encore, puis disparaître tous les symptômes gastro-intestinaux, hépatiques et psychiques, et, le 10 janvier, la malade quittait la maison où on l'avait internée, ne conservant qu'un peu d'excitabilité et une propension à la volubilité. Mais comme elle se sentait très affaiblie, que tout en raisonnant parfaitement sur les phases de sa maladie elle accusait une tendance à la fatigue nerveuse dès qu'elle faisait un effort intellectuel relativement prolongé, je fis la *prescription suivante* dont le but était de reconstituer le système nerveux par voie d'épargne, tout en lui fournissant une incitation nutritive et fonctionnelle suffisante :

1° Continuer à la maison un *isolement* qui, sans être absolu, permettra d'écarter toutes les causes physiques et morales d'excitation nerveuse ;

2° Tout en faisant du régime végétarien le fonds de l'*alimentation*, et en écartant les aliments de fermentation facile, augmenter peu à peu la quantité des aliments animaux, en choisissant ceux que la malade digère le

plus facilement et en s'inspirant du régime conseillé dans les fermentations gastriques.

3° Surveiller les fonctions intestinales et les régulariser, soit à l'aide de l'infusion de 6 à 8 *follicules de séné lavés à l'alcool*, prise après le dîner, soit par l'emploi des *pilules composées au turbith végétal* ;

4° Continuer les *bains tièdes* et les *affusions* sur la colonne vertébrale, qu'on fera suivre d'une *friction sèche* doucement pratiquée. Si les circonstances s'y prêtent, faire une *cure hydrothérapique* méthodique avec la douche tiède en jet brisé, suivi d'un jet frais de très courte durée ;

5° Alternier de semaine en semaine l'*acide arsénieux* sous la forme de granules de Dioscoride dont on prendra un par repas, avec le *phosphore de zinc* à la dose de 0 gr. 008 au déjeuner et au dîner. Si l'on craint l'action parfois excitante du phosphore de zinc, le remplacer par un cachet de *glycérophosphate de chaux* de 0 gr. 50 ;

6° Au moindre retour des troubles gastriques, suspendre le traitement médicamenteux et revenir au traitement stomacal.

« Ce traitement fut commencé sur la fin du mois de janvier et continué pendant trois mois environ, en interrompant les médicaments pendant une semaine après chaque alternance de deux semaines.

« En juin, après plusieurs consultations avec M. le professeur Raymond et le regretté M. Motet, l'état était si satisfaisant que la malade fut considérée comme guérie et que nous rédigeâmes un certificat la déclarant apte à

reprendre son existence normale et à diriger l'administration de ses biens.

« Près de trois années se sont écoulées depuis lors et jamais l'état mental n'a subi la moindre atteinte. Deux crises de coliques néphrétiques, qui ont nécessité des cures à Contrexéville, et l'apparition d'une glycosurie passagère alternant avec l'expulsion de grandes quantités d'acide urique sont les seuls incidents pathologiques qui soient survenus. »

Dans une autre observation de M. le Professeur Albert Robin :

« Une ménagère, âgée de trente-six ans, sans antécédents héréditaires, sans autres antécédents personnels qu'une *grande émotivité* datant de son plus jeune âge, est prise au commencement de l'année 1909 de troubles gastro-intestinaux que l'on peut résumer ainsi : appétit irrégulier, somnolences, inaptitude physique et intellectuelle après le repas, éructations gazeuses abondantes, constipation tenace, abus de laxatifs dont l'action devient de plus en plus difficile.

« Terrain nerveux et troubles gastro-intestinaux restent en présence sans conflit apparent pendant six mois environ, puis les retentissements éclatent, sous l'apparence d'un drame se déroulant en quatre actes.

Premier acte. — En juillet, la malade est prise de vertiges, d'étourdissements, de sifflements d'oreilles. Elle n'ose aller seule dans la rue. Sa mémoire fléchit. Elle sort avec une voisine pour faire des achats et elle oublie le but

de sa sortie. Elle se sent molle, abandonne les soins du ménage ; mais son émotivité s'accroît, elle perd son self-contrôle et se laisse aller à des mouvements impulsifs et violent pour les motifs les plus futiles.

2^e acte. — Le 16 juillet, pendant son déjeuner, elle est prise subitement d'une difficulté de la parole. Il lui semble que sa bouche se tord et que ses yeux ne peuvent plus s'ouvrir. Le lendemain, ces deux symptômes ont disparu, et il ne lui reste qu'une irritabilité plus grande encore qu'à l'ordinaire.

3^e acte. — Après une courte période de mieux, les symptômes psychiques reparaissent ; les idées fuient de nouveau, la mémoire disparaît. La malade doit garder la chambre pendant dix jours, à cause du vague de ses pensées ; puis elle semble s'améliorer et peut reprendre en partie la direction de son ménage.

4^e acte. — Alors, brusquement, le drame éclate. Le délire des actes domine ce psychisme qui sombre. La malade, regardant par la fenêtre avec son enfant dans ses bras, est prise du désir impérieux de le précipiter dans la rue. Elle le suspend dans le vide et va le laisser tomber quand son mari se précipite à temps pour le lui arracher. Quelques jours après, on lui enlève des mains un bidon de pétrole qu'elle allait vider dans le poêle allumé, et elle confesse l'idée obsédante qui la hante de voir l'incendie dévorer la maison. Enfin, un jour, où on l'avait sortie, on l'arrête à temps au moment où, hypnotisée par l'attraction de l'eau du canal Saint-Martin, elle allait s'y laisser glisser. La famille affolée n'ose plus quitter cette malheureuse, et finit par provoquer une consultation où l'on dé-

cide d'isoler la malade à la campagne et de la soumettre au repos le plus absolu.

« Elle ne put y aller que le 12 septembre et y resta jusqu'au 18 novembre, reprenant un peu de forces, voyant s'améliorer son état mental, mais conservant toujours l'amnésie, la difficulté de parler et des impulsions dont elle a conscience, mais que sa volonté est impuissante à réfréner.

« Aussi le 18 novembre, la famille se décide-t-elle à la faire entrer à l'hôpital Beaujon. Nous constatons d'abord l'état mental particulier que je viens de décrire, augmenté d'une demi-somnolence diurne, tandis que les nuits sont agitées. Du côté du tube digestif, anorexie, odeur fétide de l'haleine, langue très saburrale, estomac distendu et clapotant au-dessous de l'ombilic, constipation intense avec grande indoxylurie. Le foie déborde les fausses côtes ; il est sensible à la palpation et à la percussion. Le teint est jaune terreux sans matière colorante de la bile dans les urines qui contiennent seulement un peu d'urobiline.

« On porte le diagnostic stomacal suivant : dyspepsie hyposthénique avec fermentations gastriques, constipation rebelle et insuffisance hépatique.

« On institue le traitement de la dyspepsie hyposthénique avec fermentations secondaires, qui, suivi du 16 août au 12 septembre, réveilla l'appétit, nettoya la langue, fit disparaître l'odeur fétide de l'haleine, et améliora la digestion, puisque la malade augmenta de poids. En même temps, les vertiges disparurent et l'état mental devint meilleur, en ce sens qu'il n'y eut plus de délire d'actes.

« Le 12 septembre seulement, il fut possible d'envoyer notre femme à la campagne, chez sa mère. Elle y cessa tout traitement médicamenteux et reprit un peu de calme moral.

« Quand elle rentra dans mon service, comme la constipation semblait dominer la symptomatologie, que laxatifs et purgatifs restaient inutiles, j'abordai le troisième acte du traitement, essayant de toucher à la fois l'insuffisance gastrique et l'atonie intestinale.

« Ce traitement, non seulement ne réussit pas au point de vue digestif, mais il parut accroître le nervosisme, aussi dirigeant l'effort sur l'intestin seul j'ordonnais : le *bouillon de ferment lactique* pur, associé au *régime strictement végétarien*, avec de l'eau lactosée à 40 grammes par litre pour boisson.

« Huit jours après, la constipation céda, les selles devenaient normales et régulières ; et, au bout de trois semaines de ce traitement, la malade, digérant bien, engraisée, calme et délivrée de tout symptôme psychique, demandait à rentrer dans sa famille, ce que nous lui accordâmes puisque un entourage dévoué s'engageait à la soigner suivant nos indications.

« Car, si parfaitement guérie qu'elle parût, il nous restait à remplir la dernière des indications posées, à savoir de modifier le terrain névropathique pour le rendre moins accessible à des sollicitations éventuelles de son tube digestif.

« Cette médication nerveuse du terrain fit l'objet du quatrième acte thérapeutique ; suivie pendant plus d'un mois, elle réussit parfaitement. Au bout de quinze jours, ma

patiente ne présentait plus aucune trace de sa maladie, et sa santé s'est maintenue parfaite jusqu'au 2 avril, époque à laquelle nous l'avons revue pour la dernière fois.

« A ce moment, elle avait engraisé de 6 kilogrammes. Elle est bien guérie ; mais, comme un retour des troubles gastro-intestinaux peut provoquer une nouvelle mise en activité de son terrain névropathique, il conviendrait de la surveiller encore et de lui imposer pendant longtemps le régime alimentaire des dyspeptiques hyposthéniques et une sévère hygiène physique et morale. »

XXII. Obsessions. — Une forme fréquente chez les dyspeptiques est la pharmacophylie, décrite par Hayem et Lion. « Elle consiste essentiellement et souvent uniquement en une idée obsédante poussant le malade à accomplir un acte d'ordre thérapeutique. Elle a pour origine d'une part une sensation morbide, de l'autre la connaissance acquise au moyen d'un soulagement immédiat. Les types cliniques des pharmacophyles sont en rapport avec la nature du trouble morbide et du mode de traitement qu'on leur oppose. Les gastralgiques deviennent habituellement des *alcalinophages* ; les alcalins, et notamment le bicarbonate de soude, donnent lieu incontestablement à une détente très rapide, presque immédiate. Il est plus rare de voir les gastralgiques devenir morphiniques, mais le fait se produit presque à coup sûr quand le médecin, appelé au moment d'une crise, a la malheureuse idée de pratiquer une injection de morphine. Les constipés tombent souvent dans la purgophilie. Ils s'adonnent plus rarement à la pratique des lavages intestinaux.

Cependant on rencontre des clystérophiles, particulièrement chez les femmes, qui sont plus familiarisées que les hommes avec l'emploi des irrigateurs divers.

Une malade de M. Hayem s'administrait depuis plusieurs années jusqu'à douze lavements par jour et prétendait être impuissante à vider son intestin, ce qui était d'ailleurs exact.

Certains gastropathes ayant remarqué que les éructations spontanées les soulagent, s'efforcent d'éructer dès qu'ils éprouvent le moindre malaise stomacal. L'air dégluti jouerait ainsi le rôle d'agent thérapeutique. C'est l'*Aérophagie spasmodique* de Hayem et Lion.

« En rangeant les obsessions parmi les psychoses d'origine digestive, disent MM. Albert Robin et Laignel-Lavastine, nous voulons simplement indiquer, d'une part, que, parmi les obsédés dits constitutionnels, des troubles digestifs plus ou moins gênants et douloureux, sont parfois l'occasion d'une cristallisation obsédante, et d'autre part, que certaines affections digestives que la dénutrition, l'insomnie, l'intoxication, l'auto-intoxication, la fatigue nerveuse qu'elles entraînent, déterminent un état de dépression neuropsychique tel que la synthèse mentale à tendance à se dissocier sous la moindre influence et se fragmente en obsessions plus ou moins marquées et tenaces selon le caractère antérieur des individus. On conçoit donc que dans certains cas le gastropathe, non seulement soit obsédé du fait de sa dépression nerveuse liée à sa dyspepsie, mais localise son obsession sur son estomac du fait de son affection gastrique. »

XXIII. Psychose hallucinatoire. — « Rien ne dit qu'il y ait de ces formes d'origine digestive. Il semble bien même qu'il n'y en ait point de directes. Mais il paraît non moins certain que, chez quelques malades souffrant d'affections digestives, le délire ou les hallucinations s'objecteront sur l'organe malade de façon que les sujets en arrivent à croire qu'ils ont des corps étrangers, des animaux, des vers, des personnages vivants, le diable et jusqu'à des « conciles » dans le ventre, comme la célèbre « Thèse Concile » d'Esquirol, à l'autopsie de laquelle on trouve une lésion chronique de l'intestin. La lésion digestive semble donc, dans ce cas, avoir tout au moins orienté le délire et déterminé la *forme* hypocondriaque de cette psychose hallucinatoire chronique. » (Laignel-Lavastine).

Ball a connu à Bicêtre, dans le service de Moreau de Tours, un paysan alsacien qui croyait avoir son curé dans le ventre et qui accusait une douleur sourde et permanente au côté gauche de l'abdomen ; de temps à autre, quatre curés des paroisses voisines se réunissaient au premier et tenaient un concile, dont le siège était dans la fosse iliaque gauche ; alors, les douleurs prenaient une acuité intolérable. Cet aliéné mourut subitement, étouffé par un bol alimentaire qui s'était engagé dans la trachée. A l'autopsie, on trouva des lésions d'entérite chronique sur le colon descendant, sur une longueur de 10 centimètres, en un point qui correspondait au siège du prétendu concile.

Bayle cite aussi dans sa thèse l'observation d'un malade que lui communiqua le docteur Ramon, ancien interne à l'asile de Charenton. M. T... s'imaginait depuis

longtemps qu'on empoisonnait ses aliments, que des gens l'épiaient et qu'il devait succomber à des souffrances cruelles ; il avait de fréquentes coliques avec diarrhée, ce qui le confirmait dans son idée. Cet état dura plusieurs années ; puis, les craintes se précisèrent, il crut qu'on l'empoisonnait avec du sublimé ; il disait sentir ce poison courir dans ses veines et traitait les médecins de monstres et d'hypocrites. Un jour, on le trouva étranglé dans sa chambre. A l'autopsie, on découvrit dans l'estomac, une fourchette d'étain absolument noire, recouverte d'un enduit rugueux ; l'estomac renfermait un fluide grisâtre comme du pus et la muqueuse était fortement enflammée.

XXIV. Dipsomanie. — Quoique Magnan, Janet, nient absolument la dipsomanie en dehors des états vésaniques, d'autres auteurs ont vu la dipsomanie comme une des expressions du retentissement nerveux des dyspepsies.

M. le Professeur Albert Robin a observé un spéculateur étranger, qui avait une réputation d'ivrogne, parce que *de temps à autre*, il s'adonnait sans limite à la boisson. Pourtant ce sujet ne buvait habituellement que de l'eau à ses repas. Mais, à certains moments, après une période de surmenage intellectuel, apparaissait la crise qu'il sentait venir et qui s'annonçait par une sensation de brûlure à l'estomac et à la gorge et par des renvois aigres. Alors, s'encreait en lui l'idée de boire du vin rouge, seule boisson qui lui procurât quelque soulagement ; mais, plus il en buvait, plus il éprouvait l'irrésistible besoin d'en prendre davantage et il tombait dans des états de complète ivresse. C'est en vain qu'il avait essayé de lutter et qu'il avait donné des ordres pour qu'on ne laissât jamais de vin à sa

portée ; quand la crise apparaissait, il devenait capable de toutes les ruses pour se procurer la boisson vers laquelle une force invincible le poussait.

Le malade, qui se rendait compte de la succession des phénomènes pathologiques qui se passaient en lui, vint consulter M. Robin, lui raconta que ses accès étaient précédés de crises, dont, à la seule description, M. le Professeur Albert Robin reconnut le siège gastrique.

Cet homme, qui désirait se guérir, accepta de suivre pendant plusieurs mois le régime lacté absolu aidé du traitement médicamenteux de l'hypersthénie gastrique, et pendant les cinq années qui suivirent, sa volonté aidant, il cessa d'être dipsomane.

XXV. Neurasthénie d'origine digestive. — Tandis que certains auteurs font entrer dans le tableau de la neurasthénie l'hypochondrie, les formes atténuées de la mélancolie, les obsessions, les phobies, etc., Magnan considère ces différents syndrômes comme dûs à la dégénérescence mentale ou comme des états dégénératifs frisant l'aliénation. Charcot distinguait une « neurasthénie constitutionnelle » et une « neurasthénie acquise ». Levillain a nettement séparé les faits de « neurasthénie à prédominance psychopathique » de la neurasthénie vraie. Quoi qu'il en soit « il est fort difficile de différencier cliniquement la neurasthénie d'origine gastrique des neurasthénies vraies et primitives qui s'accompagnent de troubles gastriques secondaires, et dans lesquelles l'estomac et les intestins participent simplement à l'asthénie générale de tous les organes et de toutes les fonctions, »

On y retrouve les stigmates classiques de la neurasthénie ordinaire, céphalée, insomnie, vertiges, courbature lombo-sacrée avec ses multiples irradiations, troubles fonctionnels du cœur, débilité générale et état mental particulier exprimant l'état de dépression de toutes les fonctions du système nerveux, mais chacun de ces stigmates revêt une physionomie spéciale.

« La *céphalée* s'atténue un peu pendant le repas pour reprendre avec plus d'intensité pendant le travail de la digestion ; elle diminue ou disparaît durant la nuit pour reparaître au réveil sous la forme d'un point frontal ou temporal qui s'accuse et s'étend de plus en plus. L'insomnie n'est pas totale. Généralement le malade s'endort facilement, mais il se réveille deux ou trois heures après, avec une sensation de chaleur pénible, de l'agitation, une vague céphalalgie, du prurit, des engourdissements, des éructations, du pyrosis ; puis il se rendort d'un lourd sommeil coupé de réveils fréquents, et il a grand peine, le matin, à sortir de son lit, tant il se sent fatigué et somnolent. Et toute la matinée se passe dans une sorte d'alourdissement et de lutte contre un demi-sommeil qui n'a rien de réparateur. Aussitôt après les repas, la somnolence revient parfois invincible. Si le malade se laisse aller à dormir, il se réveille brisé, la bouche pâteuse, l'intelligence engourdie, les membres flasques.

« Le *vertige*, la *courbature lombo-sacrée*, les *palpitations* et les *intermittences cardiaques* compliquent les accidents précédents, à titre continu ou intermittent. Ces malades vivent dans une perpétuelle angoisse, sentant leurs forces s'amoindrir, incapables de tout travail physi-

que ou intellectuel, éprouvant la plus grande difficulté à parler debout, n'appréciant plus à leur juste valeur leurs diverses sensations dont ils s'exagèrent l'acuité, obligés de faire un effort considérable et pénible pour remplir leurs obligations coutumières. Il n'y a guère qu'un moment de la journée où ils éprouvent quelque accalmie, c'est dans les instants qui précèdent le dîner et quelquefois aussi avant de se coucher. » (Albert Robin).

La constatation des troubles dyspeptiques et de certains de leurs retentissements, comme les émissions d'*urines lacteuses*, l'existence de la *phosphaturie azoturique* de Robin, c'est-à-dire de l'augmentation parallèle de l'acide phosphorique et de l'azote total, la présence de petites quantités de sucre ou d'albumine dans les urines à la fin de la période digestive (*Albuminurie dyspeptique*) donnent à cette forme de neurasthénie une physionomie qui permet de faire le diagnostic de neurasthénie d'origine dyspeptique.

A côté de la neurasthénie des dyspeptiques, Gilbert et Lereboullet ont décrit des *neurasthénies biliaires*. Ils ont tracé la psychologie des cholémiques, faite d'humeur triste, d'indécision, d'aboulie.

LA NEURASTHÉNIE DES ADOLESCENTS se présente avec des caractères qui diffèrent un peu suivant le sexe. (Hayem et Lion). Chez la jeune fille il est habituel de la voir se compliquer de chlorose et survenir à l'occasion d'une gastro-pathie banale ou d'une maladie du corset (chloro-dyspepsie neurasthénique). Chez les garçons, elle débute vers l'âge de 18 à 20 ans avec lenteur par des troubles digestifs plus ou moins accentués, accompagnés de

nombreux symptômes nerveux. Presque toujours le cycle digestif est long et l'estomac dilaté ; le type chimique est celui de l'hyperpepsie avec sécrétion généralement abondante. Les signes nerveux sont ceux de la neurasthénie : maux de tête, inaptitude au travail, sommeil irrégulier, rarement insomnie complète, parfois somnolence après les repas. Souvent la myélasthanie prend un grand développement et s'accompagne de troubles des fonctions génitales. Chez certains malades on voit dominer la tropho-asthénie, mais les cas où l'asthénie cérébrale est prédominante sont les plus nombreux : la mémoire faiblit, le travail cérébral est pénible, souvent même impossible, le malade est tourmenté par des idées pessimistes. Malgré le grand développement des phénomènes nerveux, les troubles digestifs paraissent relativement peu accusés.

L'évolution de cette forme est longue ; le déclin en est très progressif, de sorte que sa durée totale comporte assez souvent une période de plusieurs années, pendant lesquelles les malades sont dans l'obligation d'interrompre leurs études ou leurs occupations, s'ils ne sont pas soumis de bonne heure à une thérapeutique gastrique énergique et à une hygiène convenable.

CONCLUSIONS

Quand on pense au grand nombre de psychoses dont l'étiologie est peu nette et partant la thérapeutique décevante, il n'est peut être pas inutile d'attirer une fois de plus l'attention des médecins sur l'importance qu'il y a chez ces malades à rechercher avec soin l'existence des troubles de la digestion gastro-intestinale, du fonctionnement hépatique ou de la nutrition élémentaire. Si l'on songe, en effet, premièrement que le système nerveux est, de tous les systèmes du corps humain, celui qui, de par ses fonctions, est destiné à recevoir, avant et plus que tous les autres, le contre-coup de tout ce qui se passe d'anormal dans l'organisme ; si, en second lieu, on se rend compte que c'est au niveau du tube digestif que le processus physiologique normal est le plus facilement troublé, parce que l'alimentation et la digestion sont, de toutes les fonctions, celles qui sont le plus dépendantes de l'homme, de sa sagesse, mais aussi de ses erreurs, on comprendra aisément que c'est en cherchant du côté du tube digestif qu'on a le plus de chance de trouver la cause de ces troubles indéterminés.

Malgré l'avis de certains neuropathologistes et psychiâtres modernes, qui refusent aux affections gastro-intestinales le pouvoir de créer des états névropathiques et qui à peine leur reconnaissent le droit d'aggraver, au titre de conditions occasionnelles, un syndrome mental préexistant, nous croyons qu'au cours des affections digestives on peut observer la plupart des syndromes psychiques possibles, depuis les petits troubles psychiques intermittents, compatibles avec la vie sociale, jusqu'aux syndromes mentaux continus nécessitant l'isolement.

Ces divers syndromes s'observent avec prédominance chez les dyspeptiques d'une part et les hépathiques d'autre part : cholémiques, ictériques ou insuffisants hépatiques, mais ils peuvent également s'observer dans d'autres affections du tube digestif et notamment chez des constipés ou des sujets atteints de gastro-entérite ou de colite etc.

La nécessité d'un terrain névropathique pour l'établissement d'une psychose digestive est admise par presque tous les auteurs. Les nerveux, les surmenés, les héréditaires nerveux sont surtout frappés. Certes, une affection digestive massive entraîne presque toujours la psychose malgré la résistance cérébrale, mais chez les prédisposés il suffira souvent d'un moindre accident digestif pour perturber l'âme. C'est pourquoi il n'y a pas toujours parallélisme entre la gravité de l'affection digestive et l'intensité de la réaction cérébrale.

Les états psychopathiques liés aux perturbations digestives sont donc représentés par des variétés simples ou complexes demandant comme condition la connivence

d'un terrain nerveux et de troubles de la digestion. Quant aux déterminismes cliniques de forme et de degré, ils dépendent de la nature des troubles, de la participation du foie et de la susceptibilité du système nerveux. Quoi qu'il en soit l'existence d'un terrain névropathique implique pour le médecin la nécessité, d'abord de fixer bien exactement l'état antérieur de son malade, puis de corroborer par un traitement s'adressant au système nerveux l'amélioration primitive due à la thérapeutique gastrique proprement dite.

Toutes les théories pathogéniques ont leurs défenseurs et leurs raisons d'être. Tel trouble psychique peut en effet être attribué à une auto-intoxication manifeste à point de départ gastrique, intestinal ou hépatique ; tel autre à un phénomène réflexe, dont on retrouvera la genèse et qui sera d'accord avec l'invasion brusque, la marche même et la guérison de la maladie. La théorie éclectique, qui compte actuellement de nombreux partisans, et qui essaie de concilier les phénomènes toxiques avec les phénomènes réflexes, paraît la plus acceptable.

Quoi qu'il en soit des théories, aucune d'elles n'explique suffisamment la genèse des psychoses digestives et ne démontre leur origine réelle, et cependant on voit nombre de névropathies associées à des états gastriques, guérir par le traitement de ces derniers, l'amélioration des symptômes nerveux suivre presque immédiatement le mieux-être des fonctions stomacales et inversement, la réapparition presque immédiate de la névropathie avec le retour de la dyspepsie. Les indications fournies par l'étude des troubles des échanges organiques, leur com-

paraison avec les résultats de l'examen clinique sont les meilleurs juges de la question et si l'existence des psychoses d'origine digestive n'est pas encore admise par tous les auteurs, c'est que certaines maladies de l'estomac, comme la dilatation, peuvent évoluer et atteindre même une intensité remarquable, sans attirer l'attention du sujet et que les dyspepsies anciennes se traduisent en règle générale surtout par des phénomènes non localisés à l'estomac.

Tous les syndromes psychiques d'origine digestive guérissent ou sont atténués par le traitement des troubles gastriques, intestinaux ou hépatiques qui les ont engendrés. C'est donc un devoir pour le médecin que de tenter ce traitement qui, « dans le cas où la psychose est réveillée, entretenue ou créée par les troubles en question, peut amener la guérison sans qu'on ait infligé à ces malades l'irréparable tare de l'internement dans un asile d'aliénés. »

Vu : le Doyen :

L. LANDOUZY.

Vu : le Président de Thèse :

ALBERT ROBIN.

*Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie :*

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBU (A.). — Ueber die Autointoxicationen des intestinal Tractus. Berlin 1895.
- ALT (K.). — Ueber das Entsehen von Neurosen und Psychosen auf dem Boden von Chronischer Magenkrank. *Archiv für Psychiatrie* 1892. XXIV, 2. 422.
- Gastropathies considérées comme génératrices des névroses et des psychoses. *Arch. de neurol.*, 1894, 84, p. 144.
- ANGLADE. — Délires systématisés secondaires, *Congrès de Marseille*, 97.
- Etiologie générale des maladies mentales in *Traité de pathologie mentale* de Gilbert-Ballet, 1903, p. 41.
- 'ARETÉE. — Curatio melancholiae. Cap. V. — *Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques*. Traduction du Dr Renaud, 1834.
- ARTER et SMITH. — *New-York médical Journal*, 27 août et 3 septembre 1892.

- AUBEY. — Des faits qui prouvent l'existence d'une relation sympathique entre le cerveau et l'estomac. *Thèse de Paris*, 1848.
- BALL. — Leçons sur les maladies mentales, 1890.
- BALLET (GILBERT). — Les causes occasionnelles de l'épilepsie, *L'Indépendance médicale*, 26 avril 1898.
- Traité de pathologie mentale. Paris 1903.
- Les Psychoses in Traité de médecine de Charcot, Bouchard, Brissaud, 2^e éd., t. X.
- BARBACCI. — Altération des éléments nerveux dans la cholémie permanente par ligature du cholédoque. *Revue de Neurologie*, 1899.
- BASCH. — *Wiener medicinische Presse*, n° 15, 1873.
- BAYLE. — Recherches sur les maladies mentales. *Thèse de Paris*, 1822.
- BEAU. — Traité de la dyspepsie, 1866.
- BEAUDRY. — Essai sur les hallucinations. *Thèse de Paris*, 1833.
- BERGER. — Klinische Beitrage zur Melancholie frage. *Neurol. Zeitung*, 1909.
- BETTENCOURT. — Congrès international de médecine mentale (Paris, 5-10 août 1889).
- BEYRAND. — Terreurs nocturnes chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1899-1900.
- BLANC CHAMPAGNAC. — Essai pathogénique et thérapeutique sur la dilatation de l'estomac et sur son influence dans la neurasthénie. *Thèse de Paris*, 1889-1890.
- BLOCQ (P.) et MARINESCO. — *La semaine médicale*, 12 novembre 1892.

- BONNET. — *Le Dauphiné médical*, juin 1898.
- BOUBÉE. — De l'influence psychique dans l'entérite muco-membraneuse. *Thèse de Paris*, 1912, n° 41.
- BOUCHARD — Maladies par ralentissement de la nutrition.
- Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, 1885, 1887.
- Thérapeutique des maladies infectieuses, 1889.
- BOUCHUT. — Histoire de la médecine, 1878.
- BOYER (L.). — Histoire de la médecine in Dictionnaire Dechambre.
- BRIERRE DE BOISMONT. — Du suicide, 1856.
- BROCHARD. — Des causes de l'hypochondrie. *Thèse de Paris*, 1842.
- BROUSSAIS. — Irritation et folie, 1828.
- BRUN. — De l'agoraphobie. *Thèse de Lyon*, 1898-1899.
- BUFFET-DELMAS. — Anorexie mentale chez les nourrissons. *Gaz. méd. de Paris*, 1912, p. 193 ; *Poitou médical*, 1912, p. 75.
- CABANIS. — Rapports du physique et du moral, 1802.
- CALMEIL. — De la folie.
- CAMPBELL CLARK (A.). — Etiol., pathol., and treat. of puerperal insanity. *Journ. of ment. sc.* 1886-1887.
- CAPGRAS (Joseph). — Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile. *Thèse de Paris*, 1900.
- CHARRIN. — Les défenses naturelles de l'organisme, 1898.
- CHEYNE. — An essay on the Gout, Londres, 1724.

- CHOMÉL. — Des dyspepsies, 1857.
- CLAUDE. — Neurasthénie et aérophagie. *Rev. gén. de clin. et de thérap.* Paris, 1910.
- CLIFFORD ALLBUTT. — The Practitioner, 1873.
- COMBY (J.). — Anorexie mentale, *Archives de médecine des enfants*, 1908, p. 506.
- Traitement des terreurs nocturnes in *Traité de thérapeutique appliquée* d'Albert Robin, fasc. XV, 1898.
- CROZANT (DE). — De l'embarras gastrique. *Thèse de Paris*, 1844.
- CULLERRE. — Hépatisme et Psychoses, *Arch. neurol.*, 1898, 6. 35, p. 353.
- DALE (William). — *The Practitioner*, 1873.
- DEBOVE et RÉMOND. — *Traité des maladies de l'estomac.*
- DEJOIE. — *Thèse de Paris*, 1866.
- DEMAY (H.). — La confusion mentale, la démence et les psychoses toxiques. *Echo méd. du Nord*, Lille, 1909, p. 567.
- DENYS et CAMUS. — La psychose maniaque dépressive, 1906.
- DEVAY. — Contribution à l'étude de la dilatation d'estomac et des troubles psychiques qu'elle provoque. *Thèse de Lyon*, 1891-1892.
- DONNÉ. — Du rôle que jouent les sympathies dans les maladies. *Thèse d'agrégation*, 1835.
- DROMART et SENGES. — Maigreur pathologique chez un aliéné hypochondriaque. *Encéphale*, Paris 1911, p. 64.

- DUCHON-DORIS. — De quelques troubles cérébraux liés à la dilatation d'estomac. *Thèse de Paris*, 1886-1887.
- DUMAS. — Les états intellectuels dans la mélancolie. *Thèse de Paris*, 1894.
- EINHORN (Max). — Maladies de l'estomac, *Traduct. française*, Paris 1901.
- Diseases of the stomach. 5^e éd. *New-York*, 1911 (*W. Wood et Cie*).
- ELLIS. — Traité de l'aliénation mentale. *Traduction française*, par Archambault, 1840.
- ESQUIROL. — Traité des maladies mentales, 1838.
- FALLOISE. — Auto-intoxication intestinale et défense de l'organisme par l'intestin. *Presse médicale*, 23 nov. 1907.
- FÉRÉ. — La pathologie des émotions, 1892.
- FÉYAT (Marius). — De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. *Thèse de Lyon*, 1889-1890 n° 522.
- FERNET (C.). — Du surmenage gastro-intestinal. *Rev. des mal. de la nutrition*, Paris, 1910, 2 s. p. 337.
- FERRANINI. — *Rivista di Psicol., Psichiat., Neurol.*, 15 fév. 1898.
- FERRIER (D.). — Neurasthénia and gastralgia, *Practitioner*, London, 1911, p. 29.
- FIEVEZ (R.). — Contribution à l'étude des auto-intoxications d'origine gastrique. *Scalpel*, Liège, 1910-11, p. 500.
- FLEINER. — Lehrbuc der Krankheiten der Verdaungsorgane, 1896.

- FLEURY (M. de.) — Introduction à la médecine de l'esprit, 1897.
- L'épilepsie toxi-alimentaire. *Bull. gén. de thérapeutique*, 1900.
- Les grands symptômes neurasthéniques, 1901.
- FOVILLE (M. Ach.). — Art. Délire in Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1865.
- FOY (G.). — Manifestations cérébrales de l'hypertension artérielle. Thèse de Paris, 1911.
- FRANCK. — Praxis medica, t. II, p. 741.
- FRANKL-HOCHWART (VON). — Ueber Menière-Apoplexie ohne Hör-störung. *Wiener méd. Wochenschrift*, 1910, p. 2589.
- GALIEN. — Comment. ad Aphor. Hippocrat., I. VII.
- De Locis affectis, *Traduction de Daremberg*.
- GEORGET. — De la folie, 1820.
- GILBERT et LEREBOULLET. — Note sur la psychologie des cholémiques. La neurasthénie biliaire. L'origine biliaire de la mélancolie. *Société méd. des Hôp.*, 31 juillet 1903 ; *Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 août 1903.
- GLÉNARD (Frantz). — De l'hépatisme. *Monde Médical*, 1913, n^{os} 483 et 484.
- GRANCHER, COMBY et MARFAN. — Traité des maladies de l'enfance, t. II et IV.
- GRANGE. — Essai sur les névroses de l'estomac. *Thèse de Paris*, 1845.
- GRIESINGER (Wilhelm). — Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 3^e Ausg. 1867.

- Traité des maladies mentales. *Traduction française* de Doumic, 1869.
- GRIFFITHS. — *Le Bulletin médical*, 1892 n° 59.
- GUÉRIN (A.). — Les affections du système digestif en neurothologie. *J. de médecine de Bordeaux*, 1910, p. 705.
- GUICHARD (Valentin). — Contribution à l'étude de l'insuffisance hépathique dans le délire alcool. subaigu. *Thèse de Lyon*, 1908-1909, n° 64.
- GUILLAIN. — *Revue de médecine*, 1901, p. 429.
- GUISLAIN. — Traité de l'aliénation mentale, 1826.
- Leçons orales sur les phrénopathies, t. I.
- HAMON (L.). — De quelques chronogastries. *Thèse de Paris*, 1851.
- HANNARD (P.) et SERGEANT (P.). — Cholémie et états mentaux dépressifs. *Echo méd. du Nord*. Lille, 1911, p. 131.
- HAYEM et G. LION. — Maladies de l'estomac in Traité de Méd. et de Thérap. de Gilbert et Thoinot, fasc. XVI, 1913.
- HAYMANN (H.). — Neuere Arbeiten über Geisteskrankheiten bei Kindern. *Ztschr. f. d. Neurol. u. Psychiat.*, Berl. u. Leipz., 1911. 609 ; 689.
- HEAD (H.). — *Brain* 1893, 1895 ; Etats nerveux associés aux maladies viscérales chez les sains d'esprit. *Mental. Science*, janv. 1896.
- HECHT. — Art. : sympathies, in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1883.
- HEIN. — Contribution à l'étude de la dyspepsie chez les neurasthéniques. *Thèse de Paris*, 1892-1893.

HENOCH. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1883, n° 22.

HERZ (Hans). — Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen. Berlin 1898.

— 2° édition. Berlin 1912.

HERZOG (Mayence). — Ueber die Abloesengigkeit gewisser Neurosen und Psychosen von Erkrankungen des Magen-Darmtractus. *Arch. für Psychiatrie*, 1898, t. XXXI, f. 1 et 2.

HIPPOCRATE. — De la nature de l'homme ; Œuvres complètes ; *Traduct. franç.* de Ed. Littré, 1853. Prénotions de Cos, t. III.

HOENEL. — *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1901, p. 14.

HUTINEL. — Leçon sur l'anorexie mentale, *Revue gén. de Clin et de Thérap.*, 1909.

JANET (Pierre). — Névroses et idées fixes 1898. t. II.

JUARROS (César). — Un caso de hipocondria melancolica par insuficiencia hepatica. *Siglo méd.*, Madrid, 1911, p. 392.

KLIPPEL. — De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. De la folie hépatique, *Arch. gén. de méd.*, août et sept. 1892 ; Délire et auto-intoxication hépatique, *Revue de psychiatrie*, sept. 1897 ; *Arch. neurol.*, 1898, vol. 6, p. 362.

KNUD FABER. — *Deutsches Archhiv. für Klinische Medicin*, 1899, t. LXV.

KOLPIN. — Klinische Beitrage zur Melancolie Frage, *Archiv für Psychiatrie*, 1904.

- KRAFFT-ERBING. — *Lerbuch der Psychiatrie*, Stuttgart 1879.
- LAFONT (Paul). — La situation clinique de la mélancolie anxieuse, *Thèse de Paris*, 1909-1910, n° 421.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Insuffisance hépatique, *Presse méd.* 27 août 1902.
- Recherches sur le plexus solaire, *Thèse de Paris*, 1903.
- LAIGNEL-LAVASTINE et ALBERT ROBIN. — Les Psychoses d'origine digestive in *Traité de Thérapeutique pratique* d'Albert Robin, Paris 1913, V^e vol.
- LAIGNEL-LAVASTINE et ROSANOFF. — Valeur pratique de la glycosurie alimentaire dans le pronostic des délires, *Commun. Soc. de Psych.*, 18 fév. 1909 ; *Encephale*, 1909, n° 4.
- LAMBERT (B). — Influence des divers troubles de la sensibilité et des idées hypocondriaques sur la genèse et l'évolution du délire des persécutions, *Thèse Paris*, 1893, n° 185.
- LANGENHAGEN (DE). — L'entérocólite muco-membraneuse. Signes, étiologie et traitement, *Semaine médicale*, 1898.
- LASSIGNARDIE. — Essai sur l'état mental dans l'abstinence, *Thèse de Bordeaux*, 1897-1898.
- LEBLANC. — Dissertation sur l'hypocondrie, *Thèse de Paris*, 1826.
- LEPEYTRE. — Des faits qui prouvent l'existence d'une relation sympathique entre l'estomac et le cerveau, *Thèse de Paris*, 1840.
- LE SINCER. — De l'hypocondrie, *Thèse de Paris*, 1841.

- LEUBE. — *Archiv. für Klinische Medicin*, t. XXXVI.
- LEVEN. — Traité des maladies de l'estomac, 1879.
- Maladie cérébro-gastrique, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 17 oct. 1881.
 - Du vertige, *Gaz. des Hôpitaux*, 1882.
 - Estomac et cerveau, 1884.
 - La névrose, 1887.
 - Système nerveux et maladies, 1893.
- LEVI (Léopold). — Troubles nerveux d'origine hépatique, *Thèse de Paris*, 1896, n° 157.
- LIÉGEOIS (Marcel). — De l'origine intestinale du poison éclamptique. *Thèse de Lyon*, 1912, n° 24.
- LÆPER (M.). — Art. : Consipation in Manuel des Mal. du tube dig. de Debove, Achard et Castaigne.
- Le vertige intestinal, *La Semaine Médicale*, 1911, n° 34, p. 397.
 - Leçons de pathologie digestive, Paris 1911.
- LOISEAU. — De la folie sympathique. *Thèse de Paris*, 1856.
- LONDE. — L'angoisse dans les maladies. Analyse in *Journal méd. et chir. pr.*, 10 déc. 1902.
- LOUYER VILLERMAY. — Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie et de l'hypocondrie, 1816.
- MACLAREN (A.) et DAUGHERTY. — Pyloroptosis : gastric atony as the original cause of neurasthenia, and its cure, *Ann. Surg. Philadel.*, 1911, liv. 306.
- MAGNAN. — Leçons cliniques sur la dipsomanie, 1884.
- MARINESCO. — *La Semaine médicale*, 1896, p. 259.

- MARRE (Louis). — Les relations générales d'origine colique (étude clinique), *Thèse de Paris*, 1910-1911, n° 81.
- MARSHALL (C. F.). — *Lancet*, 1895, p. 149.
- MARTIN (G. H.). — Diet in the treatment of mental and nervous diseases, *J. Am. Inst. Homœop.*, Cleveland, 1910-11, 793.
- MATHIEU (Alb.). — *Bulletin général de thérapeutique*, 1900.
- Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin, 1901.
- Les inanitions chez les dyspeptiques nerveux, *Collect. Léauté*.
- MATHIEU (Alb.) et H. MILLON. — Etude sur quelques formes cliniques de réaction colique, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrit.*, nov. 1909.
- MAURY. — Le sommeil et les rêves, Paris, 1878.
- MERCIER. — De la colite chronique, *Thèse de Paris*, 1888.
- MILLON (H.) et MARRE (L.). — Les pertes de connaissance dans les réactions d'origine colique, *Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrit.*, Paris, 1910, p. 644.
- MIRALLIE. — Les accidents nerveux de l'entéro-colite muco-membraneuse infantile, *Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrit.*, Paris, 1907.
- MOREL. — Traité des maladies mentales.
- NEFTTEL. — *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1889, t. XXI, p. 107.

NELSON TEETER. — *The Alienist and Neurologist*, 1897, t. XVIII, p. 203.

NICOLAIDÈS. — Essai sur la sensibilité, l'intelligence et la volonté, considérées dans leurs rapports avec la médecine et la morale. *Thèse de Paris*, 1833.

ONFRAY (R.). — Migraine ophtalmique et hygiène gastro-intestinale. *Rev. des mal. de la nutrition*, Paris, 1910, II, p. 253.

PIERRET. — Leçons à la faculté de médecine de Lyon, 1888.

PINEL. — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, 1809.

PLÖNIES (W).— Die ursächlichen Beziehungen der Magenkrankheiten, ihrer Folgezustände, Anämie und Unterernährung zu den Depressionszuständen mit Berücksichtigung des Wesens und der Therapie derselben. *Monatschr. für Psychiat. und Neurologie*, Berlin, 1909.

— Die diätetische und medikamentöse Behandlung der von Magenerkrankungen Abhängigen zerebralen Funktionsstörungen und Psychosen. *Archiv. für Psychiatrie*, 1911, XLVIII, Heft, 2 p. 721.

POMME. — Traité des affections vaporeuses, 1763.

POTAIN. — Congrès de médecine de Rouen, 1883.

— De la colite chronique. *La Semaine médicale*, 1887.

PÖTZL. — Eppinger und Hess. — Ueber Funktionsprüfungen der vegetativen Nervensysteme bei einigen gruppen von Psychosen. *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1910, p. 1831.

PRÔN (Lucien). — Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques. *Thèse de Paris*, 1900-1901, n° 302.

— Influence de l'estomac sur l'état mental et les fonctions psychiques. Paris, 1904, 2^e édition.

— Traité clinique des maladies de l'estomac. Paris, 1908.

— Inspection générale d'un dyspeptique. *Bull. méd. de l'Algérie, Alger*, 1910.

— Entero-colite, estomac et système nerveux. Paris, 1910.

— Entero-colite infectieuse et entéro-névrose. *J. de méd. de Paris*, 1911, p. 677.

PRUNIER. — Contribution à l'étude de l'auto-intoxication dans la confusion mentale. *Thèse de Paris*, 1908, n° 73.

RAPHÉLY (Antoine). — Essai sur les phénomènes psychiques de nature mélancolique liés aux troubles fonctionnels du foie. (Atrabile des Anciens). *Thèse de Lyon*, 1889, n° 462.

RAYMOND. — Des dyspepsies. *Thèse d'agrégation*, 1878.

RÉGIS. — Art. : Folie sympathique in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1883 ; troisième série, t. XIII.

— Manuel pratique de médecine mentale, 2^e édit., 1892.

— Auto-intoxications et délires. Mémoire, 1898.

— Précis de psychiatrie, Paris, 1909.

RÉGIS et CHEVALIER-LAVAURE. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. *Rapport au Congrès de la Rochelle*, 1893.

ROBIN (Professeur Albert). — Des albuminuries phosphaturiques. Classification et traitement, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 19 déc., 1893.

— La phosphaturie neurasthénique, in *Traité de thérapeutique appliquée* d'Albert Robin, 1895, fasc. I.

— Des troubles nerveux des dyspeptiques et de leur traitement, *Bulletin général de thérapeutique*, 1898.

— Les conditions chimiques du syndrome neurasthénique, *Bulletin général de thérapeutique*, oct. 1900

— Les maladies de l'estomac, 1^{re} édition en deux fascicules, Paris, 1900.

— Les retentissements nerveux ; la neurasthénie d'origine dyspeptique ; les particularités de la neurasthénie gastrique ; les conditions chimiques et la conception thérapeutique de la neurasthénie, les indications du traitement et les moyens de les réaliser. *Revue de therap. méd. chir.*, Paris, 1903, LXX, p. 649.

— Les maladies de l'estomac, 2^e édition en un volume, Paris, 1904, p. 822 à 870.

— Le vertige stomacal. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, Paris, 1907.

— Thérapeutique usuelle du praticien, Paris, 1910.

- Les psychoses d'origine digestive et leur traitement in *Bulletin général de Thérapeutique*, n^{os} 21 et 24, des 8 et 30 juin 1910.
- Les psychoses d'origine digestive. *Internationale Beitr. zur Pathol. und Therapie der Ernährungsstör., Stoffwechs. — Und Verdauungskrankh.*, Berlin, 1910, p. 120-144.
- et LAIGNEL-LAVASTINE. — Les psychoses d'origine digestive in *Traité de thérapeutique pratique* d'Albert Robin, Vol. V., p. 701.

ROBINSON (A. A.). — Neurasthenia gastrica. *Am. Med.*, Burlington, New-York, 1911, 204-209.

ROSANOFF (Henri). — Glycosurie alimentaire dans les dé-

ROSENBACH (O.). — Die Sekrankheit. Wien, 1896

ROSENBACH (O.). — Die Seekrankheit. Wien, 1896.

RUEFF. — Troubles nerveux d'origine gastrique. *Thèse de Paris*, 1880.

SAMY KAMAL (Mohamed). — L'anorexie mentale. (*Thèse de Lyon*, 1911, n^o 44.

SALLARD. — Art. : Constipation in *Manuel de Debove et Achard*.

SCHMIDT (Ad.). — Magensymptome und Magenequivalente bei Migräne. *Mediz. Klinik*, Berlin, 1911, VII, p. 1932.

SCHOLT. — Beitrag zur Kenntniss der Mélancolie. *Archiv. für Psychiatrie*, 1903.

SCHOLZ (W.). — Die Behandlung der Schlaflosigkeit. *Mitt. d. Ver. der Aertzte in Steiermark*, Graz, 1911, p. 73 et 113.

- SÉE (Germain). — Des dyspepsies gastro-intestinales, Paris, 1883.
- SÉGLAS. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales *Arch. gén. de méd.*, 1893, t. II ; Leçons cliniques ; Séméiologie in *Traité de G. Ballet*, 1903 ; *Société de Psychiatrie*, nov. 1908.
- SÉNÈS. — Le vertige stomacal, *Thèse de Paris*, 1908.
- SENNERT (D.). — *Institutiones medicae*, 1620.
- Opera., Lyon, 1676.
- SEURE. — Dyspepsie et dyspeptiques. Paris, 1885.
- SIREDEY (A.). — Etude clinique sur quelques formes frustes de l'appendicite chronique. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1903.
- SOLDER. — Psychoses aiguës mortelles par coprostase. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1897.
- SOUPAULT. — Les maladies de l'estomac, Paris, 1904.
- TAILLENS. — Mélancolie et troubles digestifs, *Clinique*, Paris, 1911, 31, p. 484.
- TASSIN (Georges). — Valeur pronostique des idées hypochondriaques de négation dans quelques maladies mentales. *Thèse de Paris*, 1902, n° 123.
- THALBITZER. — Mélancolie und Dépression. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1906.
- TISSIÉ. — Les rêves. Physiologie et pathologie, 1890.
- TISSOT. — *Traité de l'épilepsie*, Paris, 1770.
- *Œuvres complètes*, 1816.
- TOLSTOÏ. — La mort d'Ivan Illiitch. Saint-Petersbourg. 1894, p. 387.
- TOSTAIN (Hilaire). — Des sympathies entre le cerveau et l'estomac, *Thèse de Paris*, 1870, n° 166.

- TOULOUSE. — Les causes de la folie, 1896.
- TRASDOUR. — Les déséquilibres du ventre : entéroptosiques et dilatés, 1889.
- TRÉLAT. — Recherches historiques sur la folie, Paris, 1839.
- THÉMOLIÈRES (Fernand). — L'entéro-colite muco-membraneuse. *Thèse de Paris*, 1906.
- TROUSSEAU (A.). — Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Paris, 3^e édition, 1868, t. III, p. 1 ; 6^e édition 1898, t. III.
- TURQUET. — Dyspepsie et neurasthénie ou de la neurasthénie dyspeptique. *Thèse de Paris*, 1898-1899.
- VAN-HELMONT. — Opera, 1667 ; *traduction française de Jean le Conte*, 1671.
- VILLEMIN. — Art. : Constipation in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1876.
- VOIVENEL. — Un cas de débilité mentale avec apparition de mégalomanie au cours d'une auto-intoxication. *Toulouse médical*, 1910, p. 330.
- VOIVENEL et TAPIO (J.). — Sur un cas de mélancolie délirante au cours d'unictère par rétention. *Toulouse médical*, 1911, p. 137.
- VOUZELLE. — De l'entéro-colite muco-membraneuse. *Thèse de Paris*, 1899.
- WALLIS (R. L. M.). — Metabolism in the insane. *J. Ment. sc.*, London, 1911, p. 327.
- WEIL. — Des vertiges. *Thèse d'agrégation*, 1886.
- WHYT. — Les vapeurs et maladies nerveuses, hypochondriaques et hystériques. *Traduction française*, par Lebègue de Presle, Paris, 1777.

WIER. — Opera omnia, 1560.

ZACCHIAS (P.). — De la maladie hypochondriaque. Rome
1639.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Historique	16
Pathogénie	33
Chapitre I	41
I. Vertige stomacal	41
II. Vertige intestinal	44
III. Etats syncopaux	49
IV. Insomnies	51
V. Cauchemars. Terreurs nocturnes des enfants ..	53
VI. Irritabilité	56
VII. Emotivité	59
VIII. Troubles de l'intelligence, des facultés d'atten- tion, de coordonner les idées, etc	61
IX. Dysarthrie	63
X. Amnésie passagère	64
XI. Phobies	64
XII. Aboulie	66
XIII. Excitation génitale	68
XIV. Hallucinations	69
Chapitre II	74
XV. Hypochondrie et petite hypochondrie	74
<i>Forme médicale d'Albert Robin</i>	77
<i>Hypochondrie circulaire d'Albert Robin</i> ...	79
<i>Maladie cérébro-gastrique de Leven</i>	80
<i>Petite hypocondrie</i>	82
XVI. Confusion mentale	82
<i>Conf. ment. aiguë par rétension fécale</i>	84
<i>Conf. ment. par insuffisance hépatique</i>	87
XVII. Etats mélancoliques	88
<i>Dépression mélancolique simple</i>	89
<i>Mélancolie anxieuse</i>	90

